UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 29

REVUE GÉNÉRALE

des

KYSTES HYDATIQUES DES LIGAMENTS LARGES

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

PAR

MUNARET JEAN

né à Tlemcen (Oran), le 5 Août 1904

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

ANCIEN ELÈVE DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Membres du Jury :

MM. CABANES, *Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale et de Médecine Opératoire*..... — *Président*

LAFFONT, *Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture du 1er âge*..... — *Juges*

DUBOUCHER, *Agrégé (Chirurgie)*..... — *Juges*

FERRARI, *Agrégé (Chirurgie)*..... — *Juges*

ALGER

IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT

2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1931

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 29

REVUE GÉNÉRALE

des

KYSTES HYDATIQUES DES LIGAMENTS LARGES

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

PAR

MUNARET JEAN

né à Tlemcen (Oran), le 5 Août 1904

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

ANCIEN ELÈVE DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Membres du Jury :

MM. CABANES, *Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale et de Médecine Opératoire*	*Président*
LAFFONT, *Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture du 1er âge*	*Juges*
DUBOUCHER, *Agrégé (Chirurgie)*	
FERRARI, *Agrégé (Chirurgie)*	

ALGER

IMPRIMERIE PFEIFFER & ASSANT

2, RUE MARIE-LEFEBVRE

1931

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
DOYEN HONORAIRE	HERAIL (✻, I. ✪).
ASSESSEUR	GILLOT (I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM. CANGE (✻, I. ✪).
Clinique médicale et hygiène infantile.	GILLOT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (⚕, I. ✪).
Clinique médicale	AUBRY (✻, ⚕, I. ✪).
Histologie et Embryologie	WEBER (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✻, I. ✪).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✻ O. ✪ I. ✪).
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (I. ✪).
Médecine légale	GIRAUD (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie	LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✻, I. ✪).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✻, ⚕, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (⚕, A. ✪).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ✪).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ✪).
Thérapeutique	LEBON (✻, ⚕, A. ✪).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (⚕), agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, I. ✪). MM. HERAIL (✻, I. ✪).

CHARGES DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique d'otho-rhino laryng.	H. ABOULKER (✻, ⚕, A. ✪)

AGREGES

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ✪).
	FERRARI (I. ✪).
Médecine	MOGGI (✻).
	N...
	N...
Physiologie	HERMANN (⚕, A. ✪).
Anatomie	RIBET ((⚕, A. ✪).
Chimie Médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✻, ⚕. A. ✪).
Histoire naturelle pharmaceutique	N...

AGREGE LIBRE

M. BATTEZ.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK

A MA MÈRE

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MUNARET

Médecin-Commandant du cadre de réserve

Officier de la Légion d'honneur

A MA FEMME

A MON FRÈRE ROGER

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1926-1927 : Monsieur le Professeur Costantini.

1926-1927 : Monsieur le Professeur Ardin-Delteil (*in Memoriam*).

1927-1928 : Monsieur le Professeur Lombard.

1927-1928 : Monsieur le Professeur Gillot.

Externat

1928-1929 : Monsieur le Docteur E. Goinard.

1928-1929 : Monsieur le Professeur Cange.

1929-1930 : Monsieur le Docteur Benhamou.

1929-1930 : Monsieur le Docteur E. Goinard.

1929-1930 : Monsieur le Professeur Cabanes.

1930-1931 : Monsieur le Professeur M. Raynaud.

1930-1931 : Monsieur le Docteur Ch. Aboulker.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CABANES

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale

et de Médecine Opératoire

Chevalier de la Légion d'honneur

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse et nous sommes heureux de vous la voir présider.

Après nous avoir fait aimer la médecine opératoire, grâce à votre façon de l'enseigner, si claire et si vivante, vous avez bien voulu nous accepter comme externe dans votre Service. Nous garderons de vous le souvenir d'un clinicien averti et d'un opérateur de talent.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur et cher Maître, avec l'assurance de notre profond respect, l'hommage de ce modeste travail que nous aurions voulu plus complet et surtout vraiment digne de celui qui nous l'inspira.

A nos Juges

Monsieur le Docteur Laffont

Professeur de Clinique Obstétricale
et de Puériculture du Premier âge
Chevalier de la Légion d'honneur

Le souvenir des quelques mois, trop vite écoulés, que nous avons passés à la Clinique Obstétricale restera toujours présent à notre mémoire. Vous nous avez enseigné, d'une façon remarquable, la pratique des accouchements, et, de cela, Monsieur le Professeur et cher Maître, nous vous serons toujours reconnaissant.

Veuillez agréer nos très respectueux hommages.

Monsieur le Docteur Duboucher

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de Pathologie externe

Nous sommes heureux de compter au nombre de nos Juges le Professeur éminent dont nous avons suivi assidûment, pendant deux années, les brillantes leçons de Pathologie chirurgicale.

Hommages respectueux.

Monsieur le Docteur Ferrari

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de Pathologie externe

Vous nous faites, aujourd'hui, le très grand honneur de siéger dans notre jury de thèse. Nous vous en remercions bien vivement.

Nous nous souviendrons toujours du conférencier très brillant qui nous fit apprécier, à chacun de ses cours de Pathologie chirurgicale, la haute valeur de son bel enseignement si clair et si précis.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Deve

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine de Rouen

Avant même d'entreprendre ce travail, nous vous avons écrit pour vous demander conseil.

Votre réponse ne s'est pas fait attendre. Elle nous est parvenue sous la forme d'une riche documentation que vous nous avez fait le très grand honneur de nous adresser, en même temps que vous nous prodiguiez vos conseils éclairés.

Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur et cher Maître, avec l'expression de notre bien vive reconnaissance, l'assurance de nos sentiments très respectueusement dévoués.

A Monsieur le Docteur Charles Aboulker

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

Le stage que nous venons de faire dans votre Service, et dont l'achèvement aura marqué la fin de nos études médicales, nous aura été d'un très grand profit.

Vous nous avez permis d'opérer fréquemment; nous vous en serons toujours reconnaissant. De plus, vous avez bien voulu nous communiquer deux observations inédites.

Nous ne saurions jamais trop vous répéter combien nous vous remercions de tous les égards que vous avez eus pour nous.

Nous vous prions d'agréer nos très respectueux hommages.

A Monsieur le Docteur Vergoz

Chirurgien des Hôpitaux

Au moment de commencer notre thèse, nous nous sommes adressé à vous. Vous nous avez aussitôt communiqué, avec la riche bibliographie que vous possédiez sur la question, une très intéressante observation inédite. Nous vous en remercions bien vivement.

A Messieurs les Docteurs P. Goinard, Kersente,

Le Chaux et Morali

Vous n'avez ménagé ni votre temps, ni votre peine pour nous enseigner l'art d'opérer. Votre aide nous fut chaque fois précieuse.

Veuillez recevoir, avec tous nos remerciements, l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

A nos amis, Messieurs les Docteurs Biancardini,

Jésioran et G. Morand

Nous vous devons les traductions de nos publications italiennes, allemandes, anglaises et espagnoles.

Nous vous en sommes infiniment reconnaissant.

A nos maîtres des Hôpitaux civil et militaire

A nos camarades de l'Ecole du Service de Santé militaire et de la Faculté de Médecine d'Alger

A tous ceux qui nous ont témoigné quelque intérêt

Nous dédions cette Thèse.

INTRODUCTION

Le 4 juin 1930, dans son service de l'Hôpital Parnet, notre Maître, Monsieur le Professeur Cabanes, opérait une femme de 42 ans et, après la laparotomie, au cours de l'opération, il trouvait un kyste hydatique inclus dans le ligament large gauche.

La rareté d'un pareil cas, le fait que cette femme n'avait jamais eu d'autres kystes hydatiques et étant donné le caractère primitif de celui qui s'était développé entre les deux feuillets du ligament large, tout cela nous a valu le très grand honneur de nous voir proposer par Monsieur le Professeur Cabanes, comme sujet de notre thèse inaugurale, une « Revue Générale des kystes hydatiques des ligaments larges ».

Séduit par l'originalité du sujet, mais inquiet, cependant, à cause du caractère d'extrême rareté de cette affection, nous nous sommes mis, cependant, aussitôt au travail. Nous nous en félicitons aujourd'hui, non pas que nous ayons la ridicule prétention de vouloir, dans cette modeste thèse, faire œuvre de révolutionnaire et bousculer, par le fait, les sages et doctes préceptes que nos maîtres nous ont appris, concernant l'étude d'une affection somme toute très commune. Non. Nous venons seulement, dire, très simplement, que la localisation intraligamentaire des kystes hydatiques n'est pas une chose aussi rare que l'on s'est accordé à le proclamer depuis fort longtemps.

Trois de nos aînés : Lemonnier et Lemoine, de Paris, Gau, de Montpellier, eurent l'idée, les premiers, trente ans avant nous, de choisir comme sujet de leur thèse inaugurale, celui-là même que nous proposa, il y a un an, Monsieur le Professeur Cabanes.

Ce furent, pour l'époque, de hardis novateurs, et le travail de l'un d'entr'eux porte la marque d'un scepticisme très évident, puisqu'il commence par ces mots : « Il fallait y penser » et qu'il se termine par ceux-ci : « Pensons-y ».

Nous reproduisons dans notre thèse, les trois ou quatre observations qu'ils avaient déjà reproduites dans les

leurs, et nous apportons, pour compléter leur œuvre, notre bien modeste contribution.

Après avoir, pendant une année, lu un peu partout, en France et à l'étranger, toute la littérature, ou du moins tout ce que nous avons pu nous procurer en fait d'ouvrages, de revues, de publications et de thèses se rapportant à notre sujet, nous avons eu néanmoins la satisfaction de pouvoir réunir *80 observations de kystes hydatiques des ligaments larges, seuls ou associés à des kystes hydatiques d'autres organes.* Soixante-dix sept d'entr'elles ont été publiées; seules les observations II, III et IV sont inédites. Les observations II et III sont dues à l'obligeance de M. le Docteur Charles Aboulker, chirurgien des Hôpitaux, qui nous a fait, tout récemment, l'agréable surprise de nous les communiquer. Que Monsieur le Docteur Charles Aboulker veuille bien trouver ici l'expression de notre bien vive reconnaissance.

Nous devons à Messieurs les Docteurs Duboucher et Vergoz, auxquels nous adressons tous nos remerciements, l'observation IV recueillie en 1920, à Alger, dans le service du Professeur Vincent et qui n'avait jamais encore été publiée jusqu'à ce jour.

Dans les quelques pages qui vont suivre, nous allons donc, nous conformant à la tradition qui veut qu'une thèse comporte un certain nombre de chapitres ayant trait à l'historique, à l'anatomie pathologique, à l'évolution de la maladie qu'on étudie, passer rapidement sur des chapitres qui n'ont qu'un intérêt didactique, comme ceux de l'historique, de l'étiologie, de l'anatomo-pathologie et même de la symptomatologie, pour nous attarder davantage sur les complications et le diagnostic, et surtout sur la pathogénie et le traitement des kystes hydatiques intraligamentaires.

Nous terminons notre travail en reproduisant 63 observations que nous avons pu recueillir sur la question et que nous avons presque toutes résumées, sauf les observations I, II, III et IV qui sont reproduites *in-extenso.*

Quant aux 17 dernières, nous n'avons pu avoir, malheureusement, que leur référence bibliographique.

Nous nous en excusons auprès de nos Maîtres.

HISTORIQUE

Citer les noms de ceux qui se sont occupés des kystes hydatiques des organes génitaux de la femme et dresser la liste de leurs travaux, c'est faire un inventaire long et fastidieux, mais facile, de toutes les publications qui ont paru durant ces 30 dernières années, concernant l'étude des diverses localisations de l'échinococcose dans la sphère génitale féminine.

Mais ne relever dans la littérature médicale que les noms de ceux qui ont étudié spécialement les kystes hydatiques des ligaments larges, c'est faire œuvre très difficile.

En effet, si l'on excepte les quelques lignes que les auteurs des traités gynécologiques classiques consacrent, dans leurs ouvrages à une affection que la plupart d'entr'eux considèrent d'ailleurs comme une curiosité clinique, on ne trouve dans la littérature médicale, aucun ouvrage qui parle, d'une manière spéciale, du sujet qui nous intéresse.

C'est très souvent, en effet, à l'occasion d'une greffe hydatique siégeant, à proximité ou à distance des ligaments larges, dans les ovaires, dans les trompes, dans l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, que les auteurs font, de temps en temps, allusion aux ligaments larges eux-mêmes, pour parler de la localisation intraligamentaire d'un kyste hydatique aberrant.

Mais d'articles ou de publications ne traitant que de cette localisation seule, il n'en existe que de rarissimes exemplaires.

Pour éviter de trop nous écarter de notre sujet, nous avons voulu, pour rédiger l'historique de la question, comme d'ailleurs tous les autres chapitres de cette thèse, n'utiliser que les seuls documents que nous ont fournis ceux qui se sont occupés, de temps à autre, mais alors d'une manière toute particulière, des Kystes hydatiques des ligaments larges.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons donc énumérer, en respectant l'ordre chronologique de leur publication et en citant, d'abord, la date de leur paru-

tion, les articles et les thèses qui nous ont paru devoir entrer normalement dans le cadre de cet historique.

La première observation connue de kyste hydatique des ligaments larges est l'observation de Schatz, recueillie à la clinique de Rostock et publiée sous le titre de « Echinococcus in Ligamentum latum », dans les « Archives de gynécologie de Berlin », en 1876.

Observation intéressante, non seulement parce qu'elle est, semble-t-il, la première de ce genre, mais encore parce que le diagnostic du siège et de la nature de la tumeur fut, paraît-il, porté avant l'intervention, « l'auteur se rappelant un cas analogue, recueilli à la clinique de Leipzig ».

En 1877, L. Casson publie dans le tome II de la « Revue médicale française et étrangère de Paris », trois observations de kystes hydatiques présumés de l'ovaire ou du ligament large et guéris par la ponction et l'injection iodée.

En 1878, dans les « Annales de Gynécologie », paraît un article intitulé : « Considération clinique sur les kystes hydatiques du petit bassin chez les femmes », et dans lequel Villard consacre quelques lignes à la question.

La même année, Chiari, de Vienne, cite, dans une publication de langue autrichienne, un cas d'« Echinococcus der ligamentum latum uteri ».

Masseron, dans une thèse soutenue à Paris, en 1882, et dans laquelle il traite des « Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale », rapporte dans son observation xxii le protocole d'une autopsie faite sur une femme morte, dans le service de Murchison, des suites d'une intervention, et au cours de laquelle on trouve deux kystes hydatiques qui s'élèvent au fond de l'utérus et du ligament large.

En 1887, Annie Clark opère dans le service de Lawson-tait, une jeune femme de 30 ans chez laquelle avait été porté le diagnostic de kyste du ligament large. A l'intervention, on vit qu'il s'agissait d'un kyste hydadique intraligamentaire gauche. Lawson-tait consacra, d'ailleurs, à ce cas, en 1891, quelques lignes dans son « Traité des maladies des femmes », et, en 1900, les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique » publièrent de nouveau cette observation.

Pinard dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique » de 1888, rédige un article intitulé « Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement », à propos d'une malade qui, en travail depuis deux jours, était morte au moment de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique du ligament large droit.

En 1890, Carson rapporte un cas de kyste hydatique du ligament large dans le « Journal de l'Association Américaine d'obstétrique et de gynécologie de Philadelphie ».

En 1891, Lassalle, dans une thèse soutenue à Montpellier, et ayant pour titre « Des tumeurs incluses dans les ligaments larges » cite, sans insister davantage, le ligament large comme siège possible d'un kyste hydatique pelvien.

L'année 1892 marque le début d'une période qui durera assez longtemps, et pendant laquelle les auteurs affectionneront tout particulièrement l'étude des kystes hydatiques du petit bassin chez la femme.

Dans une thèse, soutenue cette année-là à Lyon, par Moneger et intitulée: « Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin », l'auteur cite trois observations de kystes hydatiques intraligamentaires.

Dans la première observation, il s'agit d'une malade opérée par Tillaux à l'Hôtel-Dieu, et chez laquelle Tillaux trouve un kyste du ligament large droit.

Clado opère la deuxième malade et découvre deux kystes du ligament large droit.

Enfin, la dernière malade, qui avait été ponctionnée en 1885, par Siredey, meurt quelques années plus tard, et en l'autopsiant, on trouve un kyste hydatique dans le ligament large gauche. Cette observation a été rapportée par Potocki, interne des hôpitaux.

De Lavigne Sainte-Suzanne, dans une thèse soutenue à Bordeaux, en 1893 et dans laquelle il étudie « les kystes hydatiques du petit bassin », note que chez la femme, c'est entre le rectum d'une part, le vagin et l'utérus de l'autre, sous le péritoine qui unit la fin de l'intestin aux organes génitaux, que les kystes hydatiques naissent et s'accroissent. On conçoit, cependant, dit-il, qu'ils peuvent siéger dans les ligaments larges (observation de

Roux), et alors la tumeur qu'ils déterminent sera située à droite ou à gauche de l'axe de ce conduit.

De Lavigne Sainte-Suzanne cite le cas d'une malade opérée par Dudon. Le diagnostic porté avait été kyste de l'ovaire. A l'intervention, on voit qu'il s'agit de kystes hydatiques des ligaments larges.

Il cite, également, une observation recueillie dans le service de Verneuil, par Aimé Guinard, interne des hôpitaux, et présentée à la « Société d'Anatomie » en 1881. La femme succomba des suites d'une ponction pratiquée dans l'abdomen, et à l'autopsie, on trouva un kyste dans le ligament large gauche, un dans l'épiploon gastro-splénique et trois autres dans le petit bassin.

En 1894, Dermigny étudiant dans une thèse soutenue à Paris, « les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme », cite le cas d'une malade opérée par le professeur Kaltenbach qui trouva un volumineux kyste hydatique primitif qui refoulait le feuillet postérieur du ligament large gauche. Cette malade guérit parfaitement bien après l'extirpation totale de son kyste.

Bogajewsky, en 1895, publie un cas de kyste hydatique primitif du ligament large. C'est W.J. Matschan qui cite, dans son article, cette observation.

La même année, Dunbar Hooper publie, dans l'« Australian Médical Journal » un cas de torsion de kyste hydatique suppuré du ligament large gauche.

En 1896, Lemonnier soutient à Paris une thèse qui, pour la première fois, traite du même sujet que la nôtre. Elle est intitulée: « des Kystes hydatiques du ligament large ».

Bien qu'il précise, en commençant, qu'il ne s'occupera que des kystes intraligamentaires, l'auteur s'éloigne très vite de son sujet, pour passer à des considérations plus générales sur les kystes hydatiques pelviens.

En 1896, également, Laroche, dans une thèse où il étudie «l'inclusion des kystes dans les ligaments larges», indique combien rare est la localisation intraligamentaire des kystes hydatiques.

Par contre, toujours en 1896, dans un mémoire paru dans « la Gynécologie » du mois d'avril, et intitulé « Les

Kystes hydatiques du bassin chez la femme », Doleris nous apporte quatre observations de kystes hydatiques des ligaments larges.

La première est due à Martin. Elle concerne une fille de 26 ans. A l'intervention, on trouve des kystes inclus entre les feuillets d'un ligament large — mort tardive subite. A l'autopsie, on remarque deux kystes dans le foie. Cette observation avait été publiée par la « Société de gynécologie de Berlin » en janvier 1889.

La deuxième observation est due à Bantock, qui trouve lui aussi, à l'intervention, des kystes hydatiques intraligamentaires.

La troisième concerne une malade opérée par Doleris lui-même. Il s'agit d'un kyste hydatique du ligament large gauche trouvé chez une femme de 40 ans.

Enfin, la quatrième observation est due à Bland Sutton et Cullingworth. Il s'agit d'un kyste hydatique dégénéré ou stérile du ligament large gauche.

En 1897, paraît la deuxième thèse qui s'occupe aussi des kystes hydatiques du ligament large. Elle a été écrite par Lemoine et soutenue par lui à Paris.

Nous y retrouvons les mêmes observations et les mêmes suggestions que dans celle de Lemonnier, parue l'année précédente.

En 1897 encore, Veau publie dans le « Bulletin Médical » du 19 septembre, une observation de kyste hydatique du ligament large droit. Il ajoute qu'il existe, à cette époque, peu d'observations connues de kystes hydatiques du ligament large: 7, au maximum, et encore, dit-il, la plupart ne semblent pas caractéristiques. L'observation de Veau a été publiée également, en 1900, dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique ».

Raimondi, en 1897 aussi, fait à Paris, dans sa thèse inaugurale une « revue générale des kystes des ligaments larges ».

Il consacre une page aux kystes hydatiques, et c'est pour déclarer que «c'est une variété très rare». «Carson, dit-il, en rapporte un cas. Schultze (Berlin-Wien, 1894) en mentionne aussi un cas. En 1882, continue-t-il, il n'en existe que deux cas, un cité par Schatz et un cité dans la thèse de Becker, soutenue à Berlin en 1868.

Benoît, en 1897, dans sa thèse soutenue à Paris, étu-

diant les « kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme », cite une observation de Tissier et Desfosses, publiée dans le « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris », en 1897. Il s'agit d'un kyste hydatique du foie, rompu dans l'abdomen depuis dix-huit ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture utérine; mort. A l'autopsie, on trouve un kyste hydatique développé dans l'épaisseur du ligament large gauche.

En 1900, Boursier et Pousson font paraître un article intitulé « Des kystes hydatiques du ligament large ». Cet article a été publié dans le « Bulletin Médical » du 8 août 1900, dans la revue « La Gynécologie », de 1900, et dans la revue « Les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique » de 1900.

Ces auteurs rapportent deux observations de kystes hydatiques primitifs du ligament large, opérés par chacun d'eux.

Aubeau, en 1901, publie un cas de kyste hydatique intraligamentaire droit, dans la « Revue Générale de Chirurgie » du mois de décembre.

La même année, Blanc et Cornillon rapportent dans « La Loire Médicale », l'observation d'un cas de kyste hydatique du ligament large traité par excision de la poche et marsupialisation.

Toujours en 1901, paraît à Paris, une thèse soutenue par Delacourt, traitant de la « Dystocie par kyste hydatique du bassin », et dans laquelle nous trouvons une observation de kyste hydatique suppuré du ligament large gauche. Cette observation due à Franta, de Prague, avait été publiée, l'année précédente, dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique ».

C'est enfin en 1901 que paraît la remarquable thèse de Deve, sur « l'échinococcose secondaire ». Véritable traité de pathologie générale, cette thèse constitue la mise au point d'un certain nombre de théories étayées jusqu'alors sur des bases trop fragiles. Ce travail, que nous avons lu très attentivement, nous intéresse directement, car il relate plusieurs observations de kystes hydatiques intraligamentaires.

Nous ne citerons que celles dont nous n'avons pas retrouvé la relation dans les ouvrages antérieurement consultés.

C'est d'abord une observation de Rohde concernant une malade porteur de nombreux kystes hydatiques, dont plusieurs dans les ligaments larges.

C'est ensuite une observation recueillie dans le service du Docteur Picque. Il s'agit, ici encore, d'un kyste hydatique du ligament large.

Enfin, on relève une observation de Debove-Soupault qui relate l'autopsie d'une femme chez laquelle on trouve, dans l'épaisseur d'un ligament large, une quinzaine de kystes du volume d'une noisette.

En 1902, paraît, dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique », un article de J. Franta, de Prague, intitulé : « Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen, au point de vue de la dystocie ». Dans cet article remarquable, nous avons la chance de relever quatre nouvelles observations de kystes hydatiques intraligamentaires.

C'est d'abord celle d'une malade opérée par Bonorden (Max), pour un kyste du ligament large gauche compliquant l'accouchement.

C'est ensuite une observation de Selhorst (J.-F.), concernant une femme de 24 ans, chez laquelle on trouve, à l'intervention, dans le ligament large droit, un kyste hydatique du volume du poing.

Puis, vient une observation de Baecker, qui opère une femme de 54 ans, et chez laquelle il trouve un kyste du ligament large gauche.

C'est enfin une observation de P. Michin, qui opère une femme de 27 ans pour un kyste hydatique du ligament large droit.

En 1903, Reboul publie dans la « Revue de Chirurgie » une observation de kyste hydatique du ligament large et du bassin, compliqué de grossesse.

La même année, dans la même revue, Savariaud relate un cas de kyste hydatique du ligament large. L'auteur, joignant son observation aux sept qui sont publiées dans la Science, termine en parlant de la symptomatologie de ces tumeurs.

En 1904, Gau soutient, à Montpellier, une thèse sur les « Kystes hydatiques du ligament large ».

Il reproduit les observations déjà citées de Schatz, de Pinard, de Tillaux et de Reboul. Ce travail, assez sommaire, n'est qu'une longue suite de points d'interrogation que pose l'auteur à propos de chacun des chapitres de sa thèse.

En 1906, dans une étude d'ensemble des diverses localisations de l'échinococcose qui résume l'opinion classique en Allemagne à cette époque, Frangenheim reproduit une statistique de Schatz (1885), concernant la localisation des kystes hydatiques dans les organes du petit bassin de la femme.

On y trouve sept cas de kystes hydatiques intraligamentaires.

En Italie, la même année, Resinelli apporte à la « Société Toscane de Gynécologie » une observation de kyste hydatique du ligament large droit, traité et guéri par une laparotomie (incision supra-pubienne de Pfannenstiel).

La même année encore, à la même Société, Pinzani rapporte un cas de kyste hydatique intraligamentaire gauche. Le kyste était accompagné d'une masse kystique occupant la moitié gauche du bassin et d'une série de kystes disséminés sur le grand épiploon, et jusque sur l'épiploon gastro-hépatique.

En 1907, Mirto publie, en Italie, un cas de fistule vésico-vaginale, associée à un kyste hydatique du ligament large droit. Cette observation parut, l'année suivante, dans la revue « La Gynécologie ».

Enfin, toujours en 1907, Baragan publie un nouveau cas de kyste hydatique intraligamentaire (cité par W.-J. Matschan, dans son article).

En 1908, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Buenos-Aires, Passeron relate un cas de kyste hydatique inclus dans le ligament large droit, opéré par laparotomie. L'opérateur avait tenté *l'extirpation de la périkystique*, mais il avait dû s'arrêter bientôt à cause de l'hémorragie. Au cours de son intervention, il avait découvert et enlevé un autre kyste logé « dans l'aileron postérieur du ligament large gauche ».

Dans la discussion qui suit cette communication, Sal-

VADOR, après avoir, ainsi que BOERO, contesté l'utilité de la décortication de pareils kystes, mentionne trois cas du même ordre, qu'il a opérés par colpotomie « parce qu'il croit que cette voie est celle qui convient quand le kyste, comme c'était le cas chez la malade du Docteur PASSERON, est accessible par le vagin ». A quoi PASSERON répond que « si la voie vaginale est supérieure en ce qu'elle met à l'abri de la contamination péritonéale, dans son cas particulier elle eût fait méconnaître le kyste du ligament large opposé ».

En 1909, OUY fait au Congrès de Chirurgie d'Alger un rapport sur « les Kystes hydatiques du ligament large ».

La même année, DIALTI publie un cas de kyste hydatique primitif du ligament large dans le « Journal de l'Académie royale des Sciences physiques de Sienne».

En 1911, J. NYULASY rapporte dans le Journal « The Lancet », une nouvelle observation de kyste hydatique suppuré du ligament large droit.

La même année, MINERVINI, dans le « Journal des Sciences médicales de Naples », publie aussi une observation de kyste hydatique primitif du ligament large gauche.

En 1912, un gynécologue russe, KOUZMINE, reprend au premier congrès de Pathologie comparée, l'étude de l'échinococcose de la sphère génitale de la femme. Il relève, dans la littérature russe, 8 cas d'échinocoques des organes génitaux internes de la femme (utérus, ovaire, trompe, Douglas, ligament large) qui, d'après lui, sont à considérer comme primitifs.

En 1912 aussi, James OLIVER, dans le journal « The Lancet », publie une observation de kyste hydatique du ligament large gauche compliqué par une grossesse.

En 1912 encore, CORACHON rapporte une observation de kyste hydatique intraligamentaire dans la revue « Académie et Laboratoire des Sciences médicales de Catalogne » du 26 juin.

En 1913, FRIES publie, dans la revue «La Gynécologie», un cas de kyste hydatique du ligament large droit, évoluant parallèlement avec une grossesse et un accouchement.

En 1913 encore, ALGLAVE publie dans le « Bulletin et

mémoires de la Société de Chirurgie de Paris », un cas de volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche.

Nous trouvons dans la thèse de Page, soutenue à Paris en 1913 et ayant pour sujet « l'étude des kystes hydatiques pelviens chez la femme », une observation de J. Cullingworth et M.H. Clutton, concernant une femme chez laquelle, à l'opération, on trouva des kystes hydatiques dans les ligaments larges droit et gauche.

Dans la volumineuse thèse de Hamant, soutenue à Nancy en 1913, et dans laquelle l'auteur fait une revue générale de « l'échinococcose secondaire abdomino-pelvienne et de son traitement », nous relevons sept observations de kystes hydatiques intraligamentaires. Ce sont les observations de:

Schwartz (in thèse de Ferval, Paris 1900: « des Kystes hydatiques intra-péritonéaux primitifs ou secondaires).

Weber (Société russe de Chirurgie de Pirogoff, 1902).

Jonnesco (Bulletin de la Société de Chirurgie de Bucarest, 15 décembre 1904).

Monod (publiée à la Société de Chirurgie de 1904).

Ribera y Sans (Revista de Medecina y Cirurgia practicas, Madrid 1905).

Madden (The Lancet, 1909).

Parlavecchio (Deutsche Zeitschrift für chirurgie).

Nous trouvons dans les « Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie » de 1917, dans un chapitre intitulé: « Publications de langue anglaise », sept nouvelles observations de kystes hydatiques intraligamentaires. Elles sont de:

Thomas Murphy, de Melbourne (un kyste dans le ligament large gauche).

D.G. Wilson, d'Adélaïde (qui en rapporte trois cas: 2 fois le kyste se trouvait dans le ligament large droit; la troisième fois, il était situé dans le ligament large gauche).

Rothwel Adam, de Melbourne (un kyste dans chacun des ligaments larges).

Norman Mc Arthur, de Melbourne (un kyste dans le ligament large gauche).

Watson et E. W. Way, d'Adélaïde (nombreux kystes dans chacun des ligaments larges).

En 1920, Michel et Hamant publient dans le « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy », une observation de kyste hydatique du ligament large droit, dans laquelle il s'agissait peut-être, au dire des auteurs, « *d'une localisation primitive par la voie sanguine* ».

Bogi, la même année, relate dans le journal « La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia » de Naples, un cas de kyste hydatique du ligament large gauche et nous apprend qu'il a relevé dans la littérature deux nouvelles observations de kystes hydatiques intraligamentaires: la première est due à M. E. Malins; la deuxième a été publiée par Feyguine et D. Abadie.

En Argentine, en 1920-1922, Chueco déclare: « Lorsqu'on a reconnu l'existence d'une échinococcose *primitive* de l'utérus, de l'ovaire, de la trompe, du ligament large, dans laquelle *il est prouvé cliniquement que le kyste est unique*, nous soutenons que la voie d'élection, pour l'intervention, est la voie vaginale. Et il ajoute, non sans quelque véhémence: « Ce serait une témérité sans nom et dépourvue de toute logique que de toujours effectuer pour commencer une laparotomie exploratrice. Un pareil acte opératoire pourrait être qualifié de curiosité malsaine. »

En 1924, Deve fait paraître dans la « Revue de Chirurgie », un article intitulé « Les kystes hydatiques du bassin: Pathogénie, Anatomie pathologique, Traitement ». Dans ce travail, nous trouvons plusieurs allusions directes aux kystes intraligamentaires.

Dans une publication de Forgue et Crousse, parue dans la Revue « Gynécologie et Obstétrique » de 1925, sur « l'inclusion intraligamentaire », nous relevons une observation de Kyste hydatique du ligament large publiée par Bégouin, de Bordeaux.

En 1926, Deve publie dans les « comptes rendus des séances de la Société de Biologie », une observation intéressante d'échinococcose primitive hétérotopique du bassin, chez une enfant chez laquelle on trouve une atteinte du ligament large droit par un kyste hydatique pelvien.

La même année, dans le « Lyon Chirurgical », du mois de janvier, paraît une observation de Pavlos

Petridis, d'Alexandrie, relatant un cas de kyste hydatique du ligament large droit.

En 1927, dans « Archiv für Gynaekologie », Matschan publie un article intéressant intitulé « Casuistique des kystes hydatiques du ligament large ».

L'auteur constate, comme beaucoup d'autres avant lui, qu'il s'agit là d'une affection extrêmement rare. Il rappelle les cas de Schatz, de Boursier et de Gau. Il écrit que Küstner démontre que dans la sphère génitale féminine, le kyste hydatique est trouvé exclusivement dans le ligament large.

Il nous apprend que Nadejdin a rassemblé 5 cas d'échinococcose dans les ligaments larges et il nous annonce que Tillmann a pu retrouver dans la littérature 6 à 7 cas semblables.

Matschan termine son article en publiant une observation inédite de kystes hydatiques des ligaments larges gauche et droit trouvés, à l'intervention, par le professeur Derewenko.

En 1927 aussi, Tailhefer, de Béziers, publie dans la « Presse Médicale » du 26 octobre, une observation de kyste hydatique du ligament large.

En 1928, Albu, dans le « Journal de Chirurgie » du 1er octobre, relate un cas d'avortement au second mois, dû à un kyste hydatique intraligamentaire.

En 1930, dans le « Journal d'obstétrique et de gynécologie de l'Empire Britannique », G.W Bride publie encore une observation de kyste hydatique du ligament large.

En 1931 enfin, au mois d'avril, paraît l'observation de M. le Professeur Cabanes, relative à un cas de kyste hydatique du ligament large gauche et publiée dans le numéro d'avril du « Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris ».

Voilà, donc, terminé un historique que certains trouveront, peut-être, un peu trop schématique. C'est à dessein que nous l'avons écrit ainsi.

Un historique n'est pas un roman. Le nôtre est un recueil, sinon de la totalité, du moins d'une très grande partie des ouvrages, des publications et des observations qui ont paru de 1876 à nos jours, concernant l'étude d'une affection assez rare: *Les Kystes hydatiques des ligaments larges*.

ETIOLOGIE

Les kystes hydatiques des ligaments larges, tout comme les kystes de même nature des autres organes, sont dus au développement de la larve du tænia échinocoque, appelée embryon hexacanthe.

Il nous paraît inutile de refaire ici l'étude de l'anatomie et de l'évolution de ce parasite : ce sont des questions tranchées depuis longtemps, et devenues classiques.

Dans ce chapitre, nous nous attacherons surtout à déterminer quelle est la fréquence de la localisation intraligamentaire du kyste hydatique.

Nous verrons, ensuite, quel est le ligament large qui est le plus souvent atteint.

Puis nous dirons, en quelques lignes, quel est l'âge moyen de la femme où celle-ci a le plus de chance de contracter cette affection, et nous établirons, dans le même paragraphe, les relations qui existent entre la greffe hydatique intraligamentaire et l'état physique de la malade.

Nous verrons, en quatrième lieu, si l'on peut faire jouer un rôle quelconque à certaines causes occasionnelles, pour expliquer cette localisation des kystes hydatiques.

Et, enfin, nous terminerons cette brève étude par un essai de répartition géographique des kystes hydatiques intraligamentaires.

Il est assez difficile d'établir une statistique exacte des kystes hydatiques des ligaments larges. En effet, à cause de leur rareté, les auteurs les passent souvent sous silence, et alors même qu'ils en auraient observé un cas ou deux, ils ne prennent pas la peine de les signaler en les publiant.

Ce qui prouve bien combien peu fréquemment on les rencontre, c'est la façon dont, chaque fois, commence un article ou une observation se rapportant à un kyste hydatique du ligament large.

« Rares aussi sont les kystes hydatiques intraligamentaires », écrit, dans sa thèse, Laroche, en 1896.

Comme lui, Raimondi trouve qu' « une variété encore rare de kystes du ligament large est celle des kystes hydatiques ».

« Les observations de kystes hydatiques des ligaments larges, écrit Boursier, de Bordeaux, en 1900, peuvent être considérées comme des raretés pathologiques, car le nombre des cas connus est fort restreint, aussi leur histoire clinique est-elle encore très incomplète ».

Minervini déclare qu'en 1911 il n'existe que deux observations de kyste hydatique des ligaments larges en Italie. La rareté de son cas, qui est le troisième, dit-il, de ce genre, observé dans son pays, l'a poussé à publier son observation.

Arthur Nyulasy, en 1911 aussi, ajoute, après la relation de son cas, que c'est le premier de ce genre qu'il voit après plus de deux cents laparotomies pratiquées comme gynécologue de l'Hôpital public de Perth.

James Oliver, en 1912, s'exprime à peu près de la même manière.

Gourliau, écrit, en 1915, dans sa thèse, que « parmi les tumeurs liquides des ligaments larges existent les kystes hydatiques exceptionnellement observés ».

« Le cas que je rapporte, dit Bogi, en 1920, de kyste hydatique du ligament large, constitue une rareté clinique. Fritsch, continue-t-il, considère le kyste échinococcique du ligament large comme rarissime. Auvard pense de même ».

Nous apprenons ainsi, chemin faisant, que M. E. Malins en a rapporté un cas à la Société Obstétricale de Londres, et que Feyguine et D. Abadie en citent un autre cas, mais nous ne savons pas où. Ce qui ferait, actuellement, en ajoutant les cinq cas de Nadjedin et le cas de Begouin, de Bordeaux, 80 cas connus de kystes hydatiques intraligamentaires.

Par contre, trois auteurs trouvent que les ligaments larges constituent un siège d'élection pour la localisation d'un kyste hydatique.

« Les kystes hydatiques des ligaments larges, écrit Pean, sont relativement fréquents chez les malades affectées de kystes multiples de l'abdomen ».

Freund ajoute que « l'échinococcose intraligamentaire s'observe assez souvent ».

Et Küstner démontre que dans la sphère génitale féminine le kyste hydatique est trouvé exclusivement dans le ligament large.

Schatz, en 1876, sur 52 cas d'échinococcose du bassin féminin, relève sept cas de kystes hydatiques du ligament large.

De Lavigne Sainte-Suzanne dresse, en 1896, le tableau suivant montrant la répartition des kystes hydatiques dans les divers organes du petit bassin :

Tissu cellulaire rétro-vésical	49 cas
Vessie	9 »
Utérus	4 »
Ovaire, trompe et *ligaments larges*	8 »
Vagin	2 »
Prostate	4 »
Os	10 »
Total	86 cas

Dermigny, en 1894, divise les kystes hydatiques du petit bassin en deux catégories. Dans le premier groupe, il range 23 cas de kystes hydatiques coexistant avec des tumeurs semblables de viscères intra-péritonéaux.

La tumeur pelvienne occupait :

L'un des *ligaments larges* et la paroi latérale du bassin	6 fois.
La région rétro-vésicale	2 fois.
L'excavation pelviennne toute entière	3 fois.
A la fois le cul-de-sac de Douglas et l'un des *ligaments larges*	3 fois.
Le cul-de-sac de Douglas seul	9 fois.

Dans le second groupe, se rangent 26 cas de tumeurs primitives du petit bassin, se subdivisant ainsi, quant à leur siège :

Le mésocôlon iliaque et le mésorectum	3 fois.
Le *ligament large*	7 fois.
L'excavation pelvienne toute entière	1 fois.
La région rétro-vésicale	1 fois.
Le cul-de-sac de Douglas et l'un des *ligaments larges*	2 fois.
Le cul-de-sac de Douglas seul	12 fois.

Benoît, en 1897, sur 89 cas de kystes hydatiques du bassin, en relève :

61 dans la cavité pelvienne,
23 dans l'utérus,
3 dans l'ovaire,
1 dans la trompe,
1 dans le *ligament large*.

Begouin, de Bordeaux, a dressé en 1925, une statistique des tumeurs du ligament large opérées par lui depuis 1903, donc en 22 ans. Il ne compte dans les tumeurs intraligamentaires ni les annexites, ni les kystes de l'ovaire partiellement inclus, ni les fibromes nettement utérins. Il a opéré 38 tumeurs du ligament large: 27 kystes et 11 tumeurs solides. Parmi les kystes, 26 étaient des kystes wolffiens, hyalins ; le 27e était un kyste hydatique.

Tailhefer, de Béziers, en 1927, donne, lui aussi, cette localisation comme très rare.

*
**

Pour conclure avec précision sur la fréquence des kystes hydatiques intraligamentaires, il faudrait opposer tous les cas de kystes hydatiques des ligaments larges rencontrés de 1876 à nos jours aux cas de kystes de même nature, trouvés dans le même temps, sinon dans tous les viscères de la femme, du moins dans tous ceux de son petit bassin.

Nous nous sentons incapable d'accomplir un tel tour de force.

Nous avons cité, dans les pages précédentes, quelques statistiques parce qu'elles parlaient des kystes hydatiques intraligamentaires Nous nous empressons d'ajouter qu'elles n'ont aucune valeur.

Les kystes hydatiques des ligaments larges ne sont pas chose courante, nous le reconnaissons certes, bien volontiers. Mais nous protestons énergiquement contre les épithètes de « rarissime », de « curiosité pathologique » qu'on leur décerne trop facilement.

Nous affirmons, au contraire, qu'un cas rarissime, qui s'est déjà reproduit 80 fois depuis 1876, n'est pas un cas rarissime.

C'est un cas rare, peu fréquent, mais qui ne mérite pas cependant, qu'on le qualifie de « curiosité clinique ».

Ce que nous avançons aujourd'hui aurait encore davantage de poids si nous pouvions citer toutes les observations de kystes hydatiques intraligamentaires. Nous en avons pu réunir 80 ; nous restons persuadé qu'il en existe bien d'autres dans la littérature et que, plus nombreux encore, sont les cas qui sont passés et continuent à passer inaperçus.

*
**

Le kyste peut siéger indifféremment dans le ligament large droit ou dans le ligament large gauche, et nous n'en voulons pour preuve que le fait que dans nos observations:

24 fois, le kyste était à droite.

21 fois, il se trouvait à gauche.

12 fois les deux ligaments larges étaient occupés par un ou plusieurs kystes.

Dans 6 observations, enfin, nous n'avons trouvé aucun renseignement à ce sujet.

*
**

Si, maintenant, nous envisageons la fréquence de ces kystes dans le temps, nous voyons qu'ils s'observent rarement chez les enfants et les vieillards.

Voici d'ailleurs un tableau qui indique que c'est pendant l'âge moyen de la vie que l'on rencontre le plus souvent ces kystes hydatiques intraligamentaires.

Nous en avons relevé:

de 20 à 30 ans: 22 cas.

de 30 à 40 ans: 18 cas.

de 40 à 50 ans: 6 cas.

de 50 à 60 ans: 4 cas.

Enfin, aux âges extrêmes de la vie, nous en trouvons quatre cas :

1 cas à 9 ans.

2 cas à 18 ans.

1 cas à 75 ans.

Dans 9 observations, les renseignements manquaient au sujet de l'âge des malades.

Nous sommes, d'ailleurs, sur ce point, en parfait accord avec Franta qui, sur 374 cas de kystes hydatiques des organes génitaux et du bassin chez la femme, trouve :

36 cas ou 9, 4 % à moins de 20 ans.
266 cas ou 71,1 % de 20 à 40 ans.
73 cas ou 19,5 % au delà de 40 ans.

*
**

Existe-t-il une cause au fait que l'on rencontre plus fréquemment ces kystes hydatiques chez les femmes mariées plutôt que chez les jeunes filles? Nous ne le savons pas.

Quant à la grossesse, il semble que son influence soit nulle sur l'évolution du kyste. Tout au plus peut-on avancer qu'elle active la marche de lésions déjà existantes.

Les kystes hydatiques gênent, en général, fort peu la fécondation. Franta publia, en 1900, l'observation d'une femme qui, en dépit d'un kyste développé dans le ligament large gauche et de plusieurs petits kystes situés dans le cul-de-sac latéral du même côté, eut 7 accouchements à terme entre 24 et 34 ans.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point quand nous étudierons les rapports réciproques des kystes hydatiques avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, à propos de quelques cas de kystes intraligamentaires coexistant avec une grossesse.

*
**

Parmi les causes habituelles qui favorisent le développement de l'échinococcose, on a incriminé les climats froids, l'habitation de locaux bas et humides, l'absorption de viande crue, etc... Ces causes nous paraissent secondaires et même erronées. Ce qui importe surtout, à notre avis, c'est l'ingestion des aliments et des crudités souillés par une eau contaminée ou l'ingestion de cette eau même, et surtout la vie en commun avec le chien.

Différents auteurs, et particulièrement Rendu, ont insisté à juste titre, sur le rôle important joué par le chien dans la propagation de cette affection.

Dans nos observations, Tillaux, Doleris, Derewenko et Bogi signalent que leurs malades avaient des contacts fréquents avec des chiens. « D'ailleurs, nous savons, dit Bogi, combien sont sujets à l'échinococcose les Esquimaux qui vivent en commun avec ces animaux. Les professions rurales, de ce fait, disposent à cette maladie. Et, si nous examinons attentivement l'histoire de toutes ces malades, nous arrivons à savoir qu'il s'agit de gens qui ont eu un contact habituel avec des chiens. »

La bouche paraît donc être, chez l'homme, l'unique porte d'entrée du tœnia échinocoque, dont le chien est l'hôte intermédiaire. Ce dernier transmet les œufs du tœnia soit directement, en léchant pour caresser, soit indirectement, en souillant les aliments et surtout les boissons. Il est fréquent de rencontrer des kystes hydatiques simultanément chez plusieurs membres d'une même famille. Cette échinococcose familiale a pour cause évidente la promiscuité étroite de ces habitants, soumis à des conditions de vie identique.

***

L'influence du traumatisme accidentel explique-t-elle le pourquoi de cette localisation intraligamentaire des hexacanthes ?

Danlos, dans sa thèse, est d'avis que « rien n'est plus fréquent, quand on étudie le mode de développement des kystes hydatiques, que de trouver, quand on le cherche, un traumatisme violent comme point de départ de l'affection », et il ajoute: « Le kyste naît toujours au point traumatisé ».

« Quelle que soit la voie suivie par l'hexacanthe, continue-t-il, pour pénétrer dans nos tissus, nous croyons avoir démontré que le traumatisme agit en produisant soit une rupture des vaisseaux, soit une fluxion inflammatoire ; il favorise la fixation de l'embryon et lui fournit tous les matériaux dont il a besoin pour sa nourriture. »

Il est évident que bien souvent on a pu noter un traumatisme dans les antécédents des malades atteintes de kystes hydatiques.

Il en est ainsi dans l'observation de Tillaux, où la femme âgée de 24 ans au moment de la découverte du kyste, a fait à 16 ans, une chute suivie d'un urticaire généralisé.

La malade de Cullingworth et Clutton subit un traumatisme en sautant d'une chaise, suivi de douleurs et de vomissements.

La malade de Pavlos Petridis a éprouvé, plusieurs années auparavant, en soulevant une forte malle, une douleur dans l'hypocondre droit.

Deve, enfin, dans son observation de 1926, signale que la petite malade avait fait, deux mois auparavant, dans la rue, une chute suivie de vomissements, de douleurs abdominales et de phénomènes péritonéaux ayant pu faire songer à une crise d'appendicite.

Mais y a-t-il réellement une relation de cause à effet entre le traumatisme et la localisation pelvienne des hexacanthes? c'est ce qui n'est pas démontré. Le rôle du traumatisme nous apparaît plus net dans la formation des kystes hydatiques secondaires; il peut, en effet, être invoqué pour expliquer la rupture du kyste primitif situé dans un autre organe. Mais, dans ce cas, on ne peut pas dire que le traumatisme joue un rôle localisateur.

*
**

Les kystes hydatiques des ligaments larges n'ont pas de patrie. C'est la seule conclusion pratique qu'on puisse tirer de la diversité des lieux d'origine des observations de kystes hydatiques intraligamentaires.

Voici, d'ailleurs, à titre d'indication et classés par ordre de fréquence, les pays d'où émanent les observations que nous avons relevées :

France	31 cas
Angleterre	12 »
Australie	8 »
Russie	8 »
Allemagne	6 »
Italie	6 »
Bohême	2 »
Espagne	2 »
Amérique du Nord	1 »
Autriche	1 »
Egypte	1 »
Hollande	1 »
Roumanie	1 »
Total	80 cas

Si la France vient en tête, c'est sans nul doute, parce qu'il s'agit d'une thèse rédigée en langue française.

Il est certain, cependant, qu'il est des pays d'élection pour le développement de l'échinococcose viscérale en général, et intraligamentaire en particulier, comme l'Islande, l'Australie, l'Argentine, le Mecklembourg, la Poméranie et la Dalmatie et nous restons persuadé qu'en Angleterre, en Australie, en Russie ou en Allemagne, les observations de kystes hydatiques intraligamentaires sont aussi nombreuses qu'en France.

ESSAI DE PATHOGÉNIE

« La nature *presque exclusivement secondaire* des kystes hydatiques du ligament large ne fait plus de doute pour nous, bien que dans la thèse de LEMONNIER, consacrée à leur étude, la greffe ne soit même pas mentionnée dans la pathogénie de ces kystes », lisons-nous à la page 108 de la thèse que DEVE consacra à l'étude de « l'échinococcose secondaire ».

Dans la « Revue de Chirurgie » de janvier 1924, c'est-à-dire 23 ans après la soutenance de sa thèse, DEVE nous apprend que sa manière de voir est restée la même, puisqu'il écrit que « la notion pathogénique qui domine toute la question de l'échinococcose pelvienne est celle de la *nature presque exclusivement secondaire des kystes hydatiques du bassin.* »

Et tout récemment, dans une lettre qu'il avait bien voulu nous adresser, M. le Professeur DEVE insistait encore sur le fait *qu'il ne fallait presque jamais considérer comme primitif un kyste hydatique du ligament large.*

On remarquera que DEVE n'a affirmé, en aucun cas, la nature *exclusivement secondaire* de l'affection. Il a fait, au contraire, chaque fois précéder son assertion du mot « presque toujours » et, ce faisant, il nous a laissé la faculté de reprendre la discussion pour montrer qu'il existe, peut-être, des cas où la nature primitive de la tumeur hydatique doit être envisagée.

Dans une première partie, nous allons, confirmant l'opinion de DEVE, montrer que très souvent le kyste hydatique intraligamentaire reconnaît pour origine une tumeur de même nature, à siège intrapéritonéal, hépatique le plus souvent. Nous essaierons de faire admettre, dans une deuxième partie, qu'il n'est pas chimérique de considérer comme possible la localisation primitive d'un kyste hydatique entre les deux feuillets d'un ligament large.

1° Le kyste hydatique intraligamentaire est secondaire à une tumeur de même nature, à siège intrapéritonéal.

C'est ce qu'on observe dans la très grosse majorité des cas.

Le passage du tænia échinocoque du tube digestif du chien à l'organisme humain, peut se faire directement, par l'intermédiaire du chien lui-même, ou indirectement par l'absorption de légumes crus ou d'eaux de boisson non filtrées et souillées par les déjections des chiens parasités.

Les œufs, ainsi ingérés, arrivent dans l'estomac. Leur enveloppe est détruite par le suc gastrique et l'embryon devenu libre, peut perforer facilement la muqueuse intestinale, pénétrer dans les vaisseaux sanguins d'une villosité et filer dans la circulation générale.

On comprend pourquoi le foie est le premier relais que les parasites vont rencontrer sur leur route. Les vaisseaux sanguins, issus des villosités intestinales, se réunissent en troncs veineux de plus en plus gros dont l'aboutissant est la veine porte.

L'embryon peut emprunter une autre voie. Au lieu de pénétrer dans un vaisseau sanguin, il peut perforer un chylifère et rejoindre le torrent circulatoire sans passer par les capillaires hépatiques. C'est, alors, au niveau du poumon que, s'il s'y fixe, l'embryon achèvera son développement.

Une fois franchis la glande hépatique et le poumon, l'échinocoque libre peut être transporté par le courant sanguin en un point quelconque de l'économie.

Nous ne parlerons pas des greffes hydatiques post-opératoires. L'étude de cette question nous entraînerait à des développements qui dépasseraient le cadre de ce que nous nous sommes proposé d'étudier ici.

Dans beaucoup de nos observations, nous lisons que le kyste hydatique intraligamentaire a été secondaire à un kyste hydatique du foie (Pinard, Guinard, Martin, Bantock, Debove-Soupault, Rohde, Potocki, Deve, Clado, Jonnesco, Parlavecchio, Murchison, Docteur Aboulker).

La notion de la greffe hydatique intraligamentaire a été conçue et admise à la suite des expériences de Bobrov et Von Alexinsky, de Garre et Riemann et enfin de Deve lui-même.

Ces auteurs ont démontré, par une série d'expériences, que des vésicules-filles, des lambeaux de paroi kystique, déposés dans la cavité péritonéale, à la face interne de la séreuse, sont retrouvés, au bout d'un temps variable, en dehors de la cavité, dans le tissu cellulaire sous-séreux. On assiste, en somme, à un processus semblable à celui décrit par Marchand pour les corps étrangers. Introduisant, dans le péritoine de cobayes et de lapins, des morceaux de liège, il voit se produire une irritation de l'endothélium, exsudat fibrineux, accumulation de leucocytes, puis apparition de cellules conjonctives englobant le corps étranger qui, plus tard, paraîtra isolé de la cavité péritonéale alors qu'il s'agit, en réalité, d'un processus d'enkystement à la surface du péritoine.

D'autre part, les stomates, lacunes intercellulaires, décrites dans la séreuse péritonéale, peuvent bien permettre aux scolex ou aux vésicules proligères, soit à l'état normal, soit sous l'influence d'altérations inflammatoires, de s'y engager, si l'on considère, surtout, que l'épanchement de liquide hydatique dans la cavité abdominale détermine, toujours, une phlegmasie réactionnelle du péritoine plus ou moins marquée.

L'issue de ces éléments, aptes à se greffer, se fait par rupture d'un kyste primitif siégeant sur un organe intra-abdominal.

Cette rupture peut se produire, comme on l'a vu, sous l'influence d'un traumatisme ou d'un effort et être très nettement ressentie par la malade ; elle s'accompagne, parfois, de phénomènes d'intoxication hydatique.

Mais, très souvent, aucun indice dans l'histoire de la malade, ne permet de suspecter la rupture d'un kyste primitif.

Il est permis, alors, d'envisager un autre mode de dissémination : nous voulons parler des kystes secondaires par naissance de vésicules exogènes. Ces vésicules prennent naissance sur la face externe de la membrane germinale; elles peuvent se séparer de l'hydatide-mère et aller se greffer sur un organe voisin.

Un troisième mode d'infestation du ligament large peut résulter de ce que Deve a appelé « *l'échinococcose primitive hétérotopique* ».

Il s'agit de vésicules primitivement logées dans un des viscères abdominaux qui, après rupture de leur adventice, sont projetées hors de leur kyste et viennent se greffer secondairement dans le péritoine.

Par le processus d'enkystement, puis de recouvrement, ces vésicules peuvent donner naissance à des kystes qui deviendront secondairement intraligamentaires.

M. le Professeur agrégé Duboucher nous a communiqué récemment, l'observation d'une malade, illustrant d'une façon saisissante la théorie de Deve sur l'échinococcose primitive hétérotopique.

Il s'agissait d'une femme qui fut prise brusquement, au cours d'un voyage en tramway, d'une douleur violente dans l'hypocondre droit. Le tableau clinique qu'elle présentait pouvait être comparé à celui d'une crise appendiculaire aiguë.

Le lendemain, au cours de l'intervention, M. le Professeur agrégé Duboucher trouvait, flottant dans le petit bassin, une vésicule hydatique intacte qui s'était détachée du foie; sur la surface de cet organe, on pouvait retrouver les traces de son énucléation récente hors de la poche par suite de la rupture spontanée de sa paroi kystique. Il est bien évident que si on n'était pas intervenu, cette vésicule serait venue se greffer au point le plus déclive du petit bassin, réalisant, ainsi, le processus décrit plus haut par Deve.

Ce sont là, il faut bien l'avouer, cependant, des conditions de greffe exceptionnelles et que l'on ne pourra que très rarement invoquer.

Nous ne croyons pas qu'il faille insister davantage sur des notions qui sont, à l'heure actuelle, admises par tous sans aucune restriction.

2° Le kyste hydatique intraligamentaire semble être primitif.

Ce que nous voulons essayer de montrer, surtout, dans ce chapitre, c'est que l'on ne doit pas nier l'existence des kystes hydatiques intraligamentaires primitifs.

« Est-ce à dire, écrit Deve, dans la « Revue de Chirurgie » de 1924, qu'il ne puisse y avoir et qu'il n'y ait

pas, en fait, des kystes pelviens primitifs? *En aucune façon* ».

Mais Deve tend à n'admettre comme véritablement primitifs que les cas de kystes hydatiques pelviens où une autopsie soigneuse et détaillée sera venue confirmer le diagnostic clinique.

Dans ces conditions, il nous est matériellement impossible d'apporter la preuve nette et indiscutable des faits que nous avançons.

Pourtant, d'autres auteurs que ceux de nos propres observations eurent l'occasion de pratiquer de telles autopsies. Ce sont Freund et Chadwick, F. Schatz, Butruille, Bouley, Letulle, D.J. Cramwell, Schallen, Blanc et Wiess, Lemaire, Saunier.

Ces observations anatomiques établissent donc l'existence de kystes hydatiques pelviens, non accompagnés de kystes d'autres viscères abdominaux.

Schatz et Bland Sutton et Cullingworth, deux auteurs dont nous rapportons les observations, vérifièrent, eux aussi, au cours d'une autopsie complète, qu'il s'agissait chez leurs malades, d'un kyste hydatique intra-ligamentaire primitif.

Une vingtaine de fois la nature primitive de la tumeur ne fut affirmée que par la clinique seule ou appuyée par les constatations opératoires.

Deve considère comme nuls les cas où la nature primitive du kyste n'a été reconnue qu'à l'intervention.

« Les observations souvent données comme telles, nous écrit Monsieur le Professeur Deve, sont toutes opératoires, partant incomplètes, tronquées et incertaines, j'ajouterai propres à *fausser la pathologie* ».

Avant d'étudier les voies de pénétration de l'embryon hexacanthe dans les ligaments larges, nous allons reproduire quelques-unes des opinions des auteurs qui considèrent comme fort possible l'existence des kystes hydatiques primitifs des ligaments larges.

Boursier, chirurgien de l'hôpital St-André de Bordeaux, fait suivre la relation de son observation des lignes suivantes: « Malgré leur extrême petit nombre, puisqu'en dépit de nos recherches nous n'avons pu réunir que 7 observations, les kystes hydatiques des ligaments larges peuvent être séparés en deux groupes, ainsi

que l'a fait Dermigny pour les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas.

Dans le premier, nous rangerons les cas de kystes multiples où le kyste du ligament large coexiste avec d'autres kystes à échinocoques siégeant dans d'autres régions ou d'autres organes.

Dans le second, *nous réunirons les kystes uniques absolument localisés dans le ligament large.*

Lhuillier, dans sa thèse, s'exprime ainsi:

« Pour ce qui est des kystes regardés par certains auteurs allemands comme « cliniquement solitaires », leur constatation semble s'appuyer sur des preuves insuffisantes, attendu qu'elles reposent sur des faits opératoires ou des résultats d'autopsies incomplètes. Est-ce à dire qu'il faille rejeter l'existence de kystes primitifs de cette région ?

Le cas rapporté par Freund et Chadwick, *ceux de* Bouley *et* Letulle *ne nous permettent pas d'aller jusqu'à cette affirmation;* mais nous pensons qu'on peut les considérer comme des exceptions. »

Minervini, Bogi, Matschan et de nombreux autres auteurs sont du même avis que Lhuillier.

Saunier, dans sa thèse, indique qu'il existe un premier groupe de faits qui comprennent les cas où le kyste hydatique est primitivement localisé dans le bassin. Pour confirmer son hypothèse, il écrit ce qui suit: « Une malade opérée par M. Gouilloud semble bien entrer dans ce cadre. Elle fut opérée d'un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas et mourut 17 jours après l'intervention. *En pratiquant l'autopsie, on ne découvrit aucune trace de kyste hydatique ancien ou récent dans le foie, la rate, le poumon, l'épiploon ou le péritoine.*

Nous publions des observations de même genre dues à des auteurs australiens. Ils désignent cette variété de kystes hydatiques pelviens sous le nom de « *kyste hydatique primaire extrapéritonéal* ».

Ducuing et Giscard font suivre la relation de l'observation d'un homme porteur d'un kyste hydatique rétro-vésical primitif des lignes suivantes : « Cependant, l'origine secondaire ne saurait être la seule possible et il est indiscutable *qu'il existe des cas où le kyste pelvien*

est solitaire, comme le témoigne l'autopsie complète (cas de Hern, Freewick, Cramwell).

Le cas de notre observation paraîtrait rentrer dans ce groupe des kystes pelviens solitaires ou primitifs. En effet, chez notre malade, l'examen clinique et radiologique des divers organes, complété par l'examen direct qu'il a permis, la large laparotomie opératoire, l'absence d'éosinophilie, porteraient à conclure qu'il s'agit *d'un kyste rétro-vésical primitif.*

Ces kystes primitifs du petit bassin, quoiqu'infiniment rares, seraient admis par les auteurs. Deve en connaît 3 dûment constatés et Charcot lui-même, qui avait érigé en loi la coïncidence des kystes de l'abdomen, admettait trois cas comme faisant exception à sa loi. »

Les voies d'accès du parasite dans les ligaments larges

a) *Voie vaginale.* — Nous ne la citons que pour mémoire, en dépit de la faveur dont elle a joui auprès de Freund. De plus, il n'a jamais été prouvé que le mucus vaginal possède les mêmes propriétés que les sucs digestifs et qu'il soit capable, comme eux, de dissoudre la coque de l'œuf, permettant ainsi, en le libérant, à l'embryon hexacanthe de perforer directement le cul-de-sac vaginal postérieur.

b) *Voie rectale.* — L'embryon, arrivé dans le rectum, avec les matières stercorales, se fixerait à la paroi rectale à l'aide de ses crochets, puis, grâce aux mouvements rapides dont ceux-ci sont animés, il perforerait les tuniques du rectum et se trouverait en liberté dans le cul-de-sac de Douglas, d'où il gagnerait facilement le ligament large.

Nous n'insisterions pas davantage sur cette voie, si nous n'avions pas vu quelques auteurs considérer la voie rectale comme un des trajets que peut suivre l'embryon pour pénétrer à l'intérieur des ligaments larges.

Vergnory, Morel et Vachey ont publié dans la « Presse Médicale » du 16 juillet 1924 la relation fort intéressante d'un cas de kyste hydatique du creux ischio-rectal. « Il s'agit, disent-ils, d'un kyste hydatique extra-pelvien pour lequel la pathogénie invoquée habituelle-

ment ne joue plus et cela pour des raisons absolument démonstratives: les releveurs forment une cloison infranchissable. Dans notre observation, ils ne présentaient aucune trace d'effraction, et la poche n'envoyait aucun diverticule dans l'espace pelvi-rectal supérieur. La cavité était absolument limitée au creux ischio-rectal dont aucune des parois n'était intéressée.

Cette constatation anatomique est donc d'une très grande importance, car elle est en faveur d'un kyste primitif.

La voie sanguine est une hypothèse sur laquelle nous ne voulons pas insister, car si elle est valable pour d'autres localisations, elle ne nous paraît présenter qu'un intérêt secondaire, étant donné que le creux ischio-rectal est traversé par la partie terminale du tube digestif qui est le point de départ de l'invasion de l'économie générale par la maladie hydatique. Aussi, pensons-nous qu'il y a lieu d'envisager avec faveur la possibilité d'une inoculation de la loge pelvienne inférieure par le canal ano-rectal. Ainsi se trouvent légitimés le caractère unique (du moins cliniquement), et le siège anormal de cette localisation.

En sorte que le tube digestif formerait comme le trait d'union entre des localisations en apparence très diverses de la maladie hydatique: les kystes du foie ou de la rate, les plus fréquents, ou les kystes exceptionnels, comme celui que nous venons d'observer. »

Matschan envisage, lui aussi, l'hypothèse de la pénétration directe de l'embryon à travers la paroi rectale.

« Quelques auteurs, dit-il, ont la même opinion que moi, entr'autres Rosthorn, Eckardt et Fehling. »

c) *Voie circulatoire artérielle ou lymphatique.* — La voie circulatoire a aussi ses partisans. Pour Deve, Minervini et Bogi, c'est la seule voie admissible.

Il paraît vraisemblable que c'est par le sang et la lymphe, si abondants dans l'espace pelvi-rectal supérieur, que l'embryon arrive dans une région aussi éloignée de l'estomac et du duodénum (Buhl).

L'observation de Rohde est, en particulier, très intéressante à ce sujet. L'auteur a mis en évidence, au

microscope, la présence de parasites dans les lymphatiques dilatés.

Rohde insiste sur le siège des kystes du péritoine dans les lymphatiques: « Avec le cas de Virchow, celui-ci est le seul, dit-il, où la démonstration de ce siège ait pu être faite. »

Les embryons, libérés dans l'estomac, perforent les tuniques de l'intestin et peuvent, alors, emprunter deux voies différentes pour se rendre au cœur droit.

Dans un premier cas, les hexacanthes tombent dans un espace lymphatique, de là suivent le canal thoracique et arrivent dans la veine cave supérieure et le cœur droit.

Dans un deuxième cas, les embryons, après leur sortie de l'intestin, peuvent être pris par la circulation sanguine, passer dans la veine porte, traverser le foie, et, par l'intermédiaire de la veine cave inférieure, gagner le cœur droit.

Dans les deux cas, du cœur droit, les hexacanthes traversent le poumon, reviennent au cœur gauche et de là, lancés dans la circulation générale, ils vont coloniser dans les différentes parties de l'économie: mésentère, rate, reins, cul-de-sac de Douglas, ovaires, *ligaments larges*.

C'est à la faveur du ralentissement du courant sanguin dans les capillaires, qu'ils se fixent à la paroi des vaisseaux pour passer, ensuite, au travers d'eux, grâce aux mouvements actifs de leurs crochets.

Cette théorie nous paraît la plus rationnelle pour expliquer la formation des kystes primitifs intraligamentaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ANATOMIE NORMALE DU LIGAMENT LARGE

(D'après Testut et Jacob)

Quand on examine l'utérus sur une coupe horizontale de l'excavation pelvienne, on voit que les deux feuillets péritonéaux qui revêtent sa face antérieure et sa face postérieure, arrivés au niveau des bords latéraux de l'organe, s'appliquent l'un à l'autre pour se porter ensuite vers les parois latérales du bassin. Ils donnent ainsi naissance à une lame irrégulièrement quadrilatère, dont le bord supérieur est libre, mince et mobile, dont les autres bords sont épais et se fixent à la paroi latérale du bassin et au plancher pelvien d'une part, à l'utérus d'autre part; cette lame, qui forme à droite et à gauche de l'utérus comme deux ailes, les *ailes de l'utérus*, n'est autre chose que *le ligament large*.

I. — DIRECTION. — Pour prendre une notion exacte de l'orientation du ligament large, il faut l'examiner successivement sur deux coupes du bassin, l'une horizontale, l'autre latérosagittale:

a) *Vu sur une coupe horizontale*, il nous apparaît comme une cloison qui serait disposée en sens frontal dans sa partie interne ou juxta-utérine et en sens presque sagittal dans son segment externe ou juxta-pariétal. Dans son ensemble, il décrit donc une sorte de courbure: cette courbure a sa concavité dirigée en arrière lorsque l'utérus est en antéversion, mais, lorsque celui-ci est en rétroversion la courbure regarde en avant.

b) *Vu sur une coupe latérosagittale*, le ligament large est obliquement dirigé comme l'utérus lui-même. Son obliquité varie naturellement suivant la position de l'utérus: dans *le cas d'antéversion*, elle est dirigée de haut en bas et d'avant en arrière et, alors, la face antérieure ou vésicale du ligament regarde en avant et en bas, sa face postérieure ou rectale regarde en arrière et en haut; dans *le cas de rétroversion*, elle est dirigée de haut en bas et d'arrière en avant et, alors, la face vési-

cale du ligament regarde en avant et en haut, sa face rectale en arrière et en bas.

II. — FORME ET RAPPORTS. — Quand on étudie le ligament large en place, on constate que la cloison transversale qu'il forme se laisse déprimer et mobiliser facilement On remarque, en outre, que, épais et relativement stable dans la plus grande partie de son étendue, il est, dans son segment supéro-externe, très mince, très mobile, replié sur lui-même et prolabé en arrière dans le cul-de-sac de Douglas vers lequel la trompe et l'ovaire semblent l'entraîner. Pour donner une description claire du ligament large, il convient de l'étaler et d'examiner successivement ses deux faces (face antérieure et face postérieure) et ses quatre bords (bord supérieur et bord inférieur, bord interne et bord externe).

a) Face antérieure. — La face antérieure du ligament large est beaucoup moins étendue, dans le sens de la hauteur et dans le sens de la largeur que la face postérieure. Elle repose, en dedans, sur la vessie et entre en contact, en dehors, avec les anses grêles qui s'interposent entre la paroi de l'excavation et la face latérale de la vessie. Le feuillet péritonéal qui la constitue est soulevé, par le ligament rond, en une saillie transversale peu marquée d'ordinaire, qui n'est autre que ce que l'on désigne sous le nom d'*aileron antérieur du ligament large.*

b) Face postérieure. — La face postérieure du ligament large contribue à former la paroi antérieure du cavum rétro-utérin: elle descend, par conséquent, beaucoup plus bas que la face antérieure. Le feuillet péritonéal qui la constitue se soulève pour envelopper une portion de l'ovaire et ses ligaments, donnant ainsi naissance à un très court repli que l'on appelle *aileron postérieur du ligament large.* Cette face postérieure est en rapport avec le pavillon de la trompe qui, entraînant avec elle ce que nous allons décrire dans un instant sous le nom de *mésosalpinx,* se rabat en arrière pour encapuchonner l'ovaire; elle répond d'autre part, à la face antérieure et aux faces latérales du rectum.

c) Bord supérieur. — Le bord supérieur du ligament large, encore appelé *aileron supérieur ou moyen,* ren-

ferme la trompe de Fallope: il est entièrement libre. La partie du ligament large qui s'étend de ce bord supérieur, autrement dit de la trompe, à l'ovaire et à ses ligaments, très mince et très mobile, porte le nom de *Mésosalpinx:* elle est uniquement constituée par les deux feuillets antérieur et postérieur du péritoine, adossés l'un à l'autre. De forme triangulaire, avec son sommet répondant à la corne utérine et sa base libre, non adhérente à la paroi pelvienne, le mésosalpinx, entraîné par le pavillon de la trompe, se replie en arrière dans le cavum rétro-utérin et recouvre plus ou moins l'ovaire comme nous l'avons déjà dit. Sa hauteur, presque nulle au niveau de la corne utérine, augmente à mesure qu'on se rapproche de son extrémité externe.

d) Bord inférieur. — Le bord inférieur du ligament large, le plus épais des quatre bords, repose sur le plancher pelvien; il se trouve en rapport, en dedans, avec le cul-de-sac latéral du vagin. Il contient dans son épaisseur, l'*uretère* et la portion horizontale de l'artère utérine.

e) Bord interne. — Le bord interne, épais comme le précédent, mais beaucoup moins que lui, répond au bord de l'utérus: il loge la portion ascendante de l'artère utérine, ainsi que les plexus veineux toujours très développés qui entourent cette artère.

f) Bord externe. — Le bord externe du ligament large, relativement mince, répond à la paroi latérale de l'excavation. Dans sa partie toute supérieure, entre le pavillon de la trompe et l'extrémité externe de l'ovaire, autrement dit dans le point où il forme le bord externe du mésosalpinx, il est libre et flottant comme le bord supérieur. Au-dessous de l'ovaire, au contraire, il adhère intimement à la paroi pelvienne revêtue à ce niveau par l'obturateur interne et son aponévrose. Au niveau du point où, de fixe qu'il était, il devient mobile, c'est-à-dire au niveau de l'extrémité externe de l'ovaire, le bord externe du ligament large se prolonge en haut et en dehors, dans la fosse iliaque, sous la forme d'un ligament de plus en plus mince, qui croise successivement les vaisseaux iliaques, puis le bord du psoas et qui finit peu à peu dans la région lombaire: c'est ce ligament.

faux ligament bien entendu, qu'on désigne sous les noms de ligament *lombo-ovarien*, de ligament *infundibulo-pelvien* ou encore de ligament *ilio-ovarien*. Ce pseudo-ligament loge dans son épaisseur les vaisseaux ovariens et quelques fibres musculaires lisses.

III. — CONSTITUTION ANATOMIQUE. — Les ligaments larges se composent essentiellement de deux feuillets séreux, l'un antérieur, l'autre postérieur, doublés chacun d'une lame musculaire à fibres lisses et unis l'un à l'autre par une couche cellulo-vasculaire. Sur une coupe sagittale, nous voyons que les deux feuillets séreux se continuent réciproquement *en haut*, en enveloppant la trompe; *en bas*, au contraire, ils s'écartent l'un de l'autre pour se porter, l'un en avant sur la face postérieure de la vessie, l'autre en arrière sur la face antérieure du rectum. Cette même coupe nous montre que, au point de vue structural tout au moins, la partie supéro-externe du ligament, autrement dit le mésosalpinx, se distingue nettement de la partie inférieure ou base: la première est très mince, la deuxième est, au contraire, épaisse. Pour certains auteurs, cette partie supérieure *mince*, constituerait à elle seule le ligament large, la partie inférieure *épaisse*, devrait être rattachée à l'espace pelvi-sous-péritonéal.

Après ces quelques notes rapidement écrites sur l'anatomie normale des ligaments larges, nous ne voyons pas ce que nous pourrions dire de bien nouveau sur l'anatomie pathologique des kystes hydatiques intra-ligamentaires. En effet, quel que soit le siège de cette variété de kystes, les lésions de voisinage qu'ils déterminent, la morphologie des kystes et leur structure, la nature de leur contenu sont toujours les mêmes. Un seul fait est important à retenir: la division en kystes primitifs et kystes secondaires.

Deve, dans son étude sur « les kystes hydatiques du bassin », nous a expliqué comment des vésicules ou des scolex libérés dans la grande cavité péritonéale peuvent donner des kystes sous-péritonéaux.

L'issue de la « graine hydatique » hors d'un kyste extra-génital va mettre en jeu le processus d'enkystement de tout corps étranger tombé dans le péritoine. Il y a d'abord enrobement fibrineux du corps étranger,

puis endothélisation secondaire de la surface de cet enrobement en voie d'organisation. La tumeur, en s'accroissant, va s'accoler à la partie du péritoine où elle s'est greffée et finira par faire corps avec lui.

a) Nombre. — Le *nombre* des kystes est très variable. Tantôt la tumeur est unique, tantôt il existe un ou plusieurs kystes dans chacun des ligaments larges ; tantôt, enfin, la tumeur coexiste avec de nombreux kystes disséminés dans tout l'abdomen.

Ces notions découlent de la lecture de nos observations.

Si le kyste est unique, il est, en général, primitif. Par contre, on peut affirmer l'origine secondaire des kystes multiples: car il serait difficile d'admettre que plusieurs embryons hexacanthes, même lancés en même temps dans la circulation sanguine, viennent se donner rendez-vous dans cette partie de l'organisme où il est si rare de les rencontrer.

Les kystes multiples peuvent être accolés les uns aux autres et être compris dans une même adventice, ce qui les avait fait dénommer improprement : kystes multiloculaires ou alvéolaires.

b) Forme. — Les kystes primitifs sont en général de *forme* arrondie, à surface régulière; ce sont des poches d'un blanc nacré. Leur forme devient plus irrégulière quand le kyste augmente de volume, car il faut alors que celui-ci, pour se développer, se moule plus ou moins dans l'espace laissé libre par les ligaments larges.

Les kystes secondaires agglomérés forment une tumeur irrégulière, bosselée, mamelonnée.

c) Volume. — Le *volume* varie de la grosseur d'une mandarine à celle d'une tête d'adulte et même, quelquefois, davantage. Le volume est évidemment fonction de l'âge du kyste.

d) Structure. — La *structure* des kystes hydatiques des ligaments larges est en tout point semblable à celle des autres tumeurs hydatiques.

Leur paroi est essentiellement constituée par la membrane cuticulaire, blanchâtre, formée de chitine. Elle est normalement imperméable aux germes les plus ténus, mais les substances cristalloïdes et colloïdes

peuvent la traverser; leur surface interne est tapissée par la membrane proligère ou germinative qui bourgeonne et donne naissance aux vésicules proligères; leur surface externe est entourée d'une enveloppe de tissu cellulaire sous-péritonéal qui devient épais, fibreux, très résistant et l'unit solidement aux organes voisins.

c) Contenu. — Le *contenu* est formé par le liquide hydatique, clair, incolore, le fameux liquide classique « eau de roche » qui, jaillissant d'un trocart ou d'un ventre ouvert, fait immédiatement songer à son origine exacte.

Ce liquide peut être aussi jaune citron, tenant en suspension des vésicules-filles détachées de la membrane germinative. Enfin, on peut y rencontrer le sable hydatique formé par les crochets ou les scolex détachés des vésicules proligères.

Rappelons, en passant, que ce liquide reste clair comme l'eau de roche tant que l'hydatide est vivante, qu'il renferme, avec divers sels, une toxalbumine qui causerait les accidents d'anaphylaxie qui suivent la rupture du kyste. De plus, ce liquide est normalement stérile; mais si l'on y introduit des microorganismes, ceux-ci trouvent, dans ce liquide, un excellent milieu de culture. On comprend, ainsi, que le contenu kystique puisse évoluer vers la purulence. On se trouve, alors, en présence de kystes envahis par des germes pathogènes venus très probablement de l'intestin, quand le kyste n'a jamais été ponctionné, ou, quand il l'a été, on a affaire à un kyste à l'intérieur duquel une ponction pratiquée sans toute l'asepsie désirable a amené, du dehors, les microbes habituels de la suppuration. Lorsque le parasite meurt, soit à la suite d'une rupture, soit pour toute autre raison, le kyste entre en involution : l'adventice devient, en général, très épaisse, s'infiltre parfois de sels calcaires ; la membrane germinative, gélatiniforme, se ratatine, le contenu, pâteux, d'aspect vaséeux, devient riche en cholestérine.

f) Accroissement. — *L'accroissement* du kyste se fait, enfin, lentement, et il semble même, d'après Pozzi, que la grossesse favorise son augmentation de volume.

g) Rapports. — Et nous en arrivons au seul paragraphe de ce chapitre qui, à nos yeux, revêt un intérêt réel:

c'est celui des *rapports* du kyste avec les organes avoisinants.

Un kyste intraligamentaire, à grand développement, bouscule forcément les organes pelviens et modifie leurs rapports réguliers. Comme le disent si justement Forgue et Crousse ce sont ces déplacements viscéraux qui créent la difficulté et le risque opératoire, et le chirurgien, pour se repérer avec précision, dans les cas complexes de dislocation pelvienne, doit connaître exactement ces perturbations des rapports anatomiques normaux et ces transferts d'organes.

L'opérateur doit penser, d'abord, et toujours, aux transpositions de l'uretère, puis au déplacement ascensionnel de la vessie. Il doit ensuite songer au refoulement et à l'accolement du côlon pelvien, à gauche, et du coeco-côlon à droite, par décollement des mésos.

Enfin, il n'oubliera pas qu'il peut y avoir des déviations utérines et que les rapports des pédicules vasculaires peuvent être modifiés.

Les Transpositions de l'uretère se font selon deux directions différentes :

1° Le type à uretère en dehors;
2° Le type à uretère en dedans.

Le premier cas ne nous intéresse pas, car il ne s'observe que dans les cas des tumeurs dépendantes de l'utérus.

Dans le second cas, l'uretère est originellement à la partie interne du ligament large et l'ampliation de la masse maintient et accentue cette position en dedans et vers la lame postérieure du ligament large. Les uretères, aplatis contre la paroi pelvienne, peuvent, parfois, présenter de l'hydro-uretère par stase et rétro-dilatation.

L'ascension de la vessie est un déplacement d'importance technique capitale. Les kystes à évolution sous-péritonéale distante, enlèvent, dans leur développement, la vessie et la font monter très au-dessus du pubis, grâce à leur effort de pression de bas en haut, avec point d'appui sur le plancher pelvien. Sa limite supérieure peut dépasser l'ombilic. Non seulement la vessie subit ce mouvement graduel d'ascension, proportionnel au développement même de la tumeur, mais elle s'aplatit au-devant

d'elle, elle s'étale en un vrai repli, très facilement vulnérable.

Les rapports avec l'intestin diffèrent avec la situation droite ou gauche de la tumeur :

A droite, la tumeur rencontre, en s'élevant, le méso du coeco-côlon et le mésentère ; elle s'interpose entre les lames de ces mésos et les écarte ; le tissu cellulaire est peu abondant à ce niveau; l'intestin (cœcum et côlon ascendant), quand ce déploiement du méso a atteint sa limite, finit par reposer directement sur le pôle supérieur ou par s'accoler à la face antérieure du kyste, immobilisé par le péritoine qui passe au-dessus.

Le dédoublement du mésentère ne se fait, en général, que sur une faible longueur ; au contraire, si la tumeur pousse latéralement à droite, elle peut arriver à s'insinuer au-delà du côlon ascendant jusqu'à la partie droite du méso-côlon transverse dédoublé.

A gauche, c'est entre les feuillets du côlon sigmoïde qu'elle pénètre; le méso-iliaque est dédoublé. La disposition de l'intestin, après complet clivage du méso, par rapport au kyste inclus est variable.

Latéroposition, ascension, élongation de la portion supra-vaginale, antéposition tels sont *les déplacements utérins* qui résultent de l'évolution d'un kyste inclus.

L'utérus est d'abord dévié du côté opposé, en *latéroposition,* par un kyste intraligamentaire. Puis, à mesure que se fait en haut la croissance sous-péritonéale de la tumeur, dont le point de résistance est en bas, sur le plancher pelvien, l'utérus fait son ascension vers l'abdomen, entraîné par la masse, qu'il suit dans son élévation, d'autant mieux qu'il en fait partie. L'utérus, désaxé, peut être porté en *antéposition* forcée par le développement postérieur de la tumeur ; il peut même arriver qu'un kyste intraligamentaire décolle le péritoine de la face postéro-inférieure de l'utérus et, refoulant fortement l'organe en avant, envahisse le ligament large opposé.

Les connexions des kystes intraligamentaires avec les pédicules vasculaires modifiés sont importantes à fixer : la précision de l'hémostase en dépend.

Si le kyste est bien isolé entre les deux feuillets du ligament large, l'artère utérine et ses veines satellites, avec l'aponévrose même qui les engaine, se trouvent

refoulées en dedans de la masse incluse. Si, au contraire, le kyste est juxta-utérin, c'est en dehors et en haut qu'il déplace la gaine vasculaire, avec son artère et ses plexus veineux, au point de les rapprocher, dans les cas extrêmes du pédicule utéro-ovarien.

Dans les kystes à développement rétro-péritonéal, la face postérieure de la masse contracte des relations vasculaires exceptionnelles: le kyste, décollant les mésocôlons, arrive à prendre contact direct, en arrière, avec les vaisseaux sous-péritonéaux qui répondent à la face postérieure du pelvis, en particulier avec les vaisseaux iliaques et leurs branches de bifurcation, et, dans quelques cas de développement géant, avec la veine cave et le bas de l'aorte; mais le tissu cellulaire qui les entoure fournit, d'habitude, un plan de clivage assez facile, pour que le ménagement de ces gros vaisseaux soit constamment assuré.

Il peut arriver que le chirurgien veuille se rendre compte dans quelle mesure les deux feuillets du ligament large ont été mis à contribution pour fournir au kyste sa couverture séreuse. Trois cas sont à envisager:

1° Si la trompe chemine sur le sommet du kyste intraligamentaire, il est bien évident que les deux feuillets ont participé d'une manière égale à le couvrir.

2° Si la trompe se trouve en avant, à la base du kyste, c'est que celui-ci a mis à contribution surtout le feuillet postérieur.

3° Si, enfin, la trompe a été rejetée par le kyste en arrière, c'est que le feuillet antérieur a fait les frais de la couverture du kyste.

SYMPTOMATOLOGIE

« La pauvreté symptomatologique des kystes hydatiques des ligaments larges, écrivait Gau, en 1904, est fonction de leur rareté; aucun chirurgien n'a pu, jusqu'ici, tirer des observations publiées et de leur analyse un signe pathognomonique ni un faisceau de symptômes dont le rapprochement suffise à entraîner une certitude. »

Si nous donnions tort à Gau, au chapitre de l'Introduction, de déclarer rarissimes les kystes hydatiques intraligamentaires, par contre, et malgré les progrès réalisés depuis 27 ans dans le domaine de l'investigation clinique, nous sommes obligé de reconnaître comme lui qu'il n'existe toujours pas de signe pathognomonique permettant d'affirmer, d'une manière indiscutable, le siège et surtout la nature de la tumeur pelvienne.

Nous allons, néanmoins, essayer d'écrire en quelques pages, l'histoire clinique des kystes hydatiques des ligaments larges, en nous servant des notes et des remarques,, trop rares, hélas ! et trop brièvement jetées sur le papier, par les auteurs de nos observations sur les symptômes présentés par leurs malades.

Mais, nous le répétons une fois encore, la plupart des signes que nous allons énumérer ne sont pas propres aux kystes hydatiques dont la symptomatologie physique et fonctionnelle est identique, ou à peu près, à celle des autres tumeurs liquidiennes intraligamentaires.

Nous étudierons d'abord le début de l'affection, puis les signes physiques de cette variété de kystes hydatiques et enfin les signes fonctionnels par lesquels ils se manifestent.

I. — DEBUT. — Il est, en général, difficile à préciser; les kystes hydatiques se développent avec une extrême lenteur et on doit admettre que beaucoup de kystes chez l'adulte ont commencé leur évolution dans l'enfance. Pour Deve, qui n'envisage toujours que l'hypothèse de l'échinococcose secondaire, c'est bien dans l'enfance qu'il faudrait parfois aller chercher ce début.

Les enfants, bien plus que les adultes, ont l'occasion de jouer avec les chiens. L'échinococcose n'est pas rare dans l'enfance. « Or, cet âge n'est-il pas aussi celui des coups, des chutes et des cabrioles? et ne peut-on pas se demander si certains kystes pelviens, manifestement secondaires, n'ont pas eu pour point de départ une rupture survenue dans l'enfance. »

Nous ne voulons pas redire ici ce que nous avons écrit au chapitre de l'Etiologie. Rappelons, seulement, que cette hypothèse est très soutenable et certains auteurs ont pu relever dans le passé de leurs malades de pareils faits. Nous les avons cités antérieurement. Certains petits signes, sur lesquels ont insisté Bouilly et Dieulafoy, en particulier l'*urticaire*, passent alors inaperçus. Le plus souvent, la tumeur se développe sans que la malade s'en aperçoive, et le kyste peut parfois acquérir un certain volume sans influencer l'état local et encore moins l'état général.

II. — SIGNES PHYSIQUES. — Un fait domine l'étude des signes physiques: ceux-ci ne sont pas propres aux kystes hydatiques. Ce sont, au contraire, ceux de toutes les tumeurs intraligamentaires. C'est l'avis de Savariaud, c'est celui de Bogi et de beaucoup d'autres auteurs.

Winter, dans son « Traité de diagnostic gynécologique », dit que les kystes hydatiques des ligaments larges peuvent être pris facilement pour des tumeurs de l'ovaire. Pozzi, dans son « Traité de gynécologie », écrit que les symptômes locaux peuvent être nuls en dehors des phénomènes de compression.

Premier cas. — *La femme est examinée tout à fait au début de la maladie*

Il ne sera question, ici, que du petit kyste cliniquement appréciable. Il est exceptionnel, même à ce moment, de pouvoir faire un diagnostic.

Au cours d'une exploration combinée vagino-abdominale, on découvre, par hasard, soit un petit noyau accolé à l'utérus, soit comme dans le cas de Mirto, une petite masse latérale indépendante et qu'il importe de bien différencier de l'ovaire. Cette distinction n'est pas aisée, surtout lorsque la tumeur est pédiculée.

Le seul signe rationnel consisterait à sentir nettement

les deux masses. Aussi, le diagnostic ne se fait pas, le plus souvent, et on prend pour une annexe hypertrophiée le kyste qu'on palpe et qui est isolé de l'utérus.

Deuxième cas. — *La femme vient consulter au moment où son kyste est devenu une tumeur pelvienne*

a) *Inspection.* — L'inspection ne nous apprend, en général, que peu de choses. Seuls, certains kystes très antérieurs peuvent voussurer la paroi abdominale antérieure et révéler, ainsi, leur présence. Mais il ne faut pas compter sur ce signe, d'ailleurs rare, et souvent trompeur.

b) *Palpation.* — Il faut placer la malade en position gynécologique et en léger Trendelenbourg. On déprimera très doucement la région sus-pubienne et on pourra sentir, dans une des régions latérales de l'excavation, une petite masse, régulière ou non, et de consistance liquidienne. Le chirurgien devra se rappeler que cette consistance est très inégale; le plus souvent elle est rénitente; elle peut être franchement fluctuante et parfois aussi, tellement tendue, qu'elle devient résistante et dure au point d'être prise pour une tumeur solide (Pousson).

Si l'on a affaire à des kystes multiples plus ou moins isolés, on trouvera une série de masses arrondies, indépendantes ou accolées les unes aux autres.

c) *Percussion.* — Elle ne fournit que très peu de renseignements. La matité observée peut, parfois, être plus ou moins masquée par des anses intestinales interposées; en tout cas, elle ne se déplace pas suivant les changements de position de la malade.

d) *Toucher vaginal.* — Il est parfois très douloureux et très difficile. Il permet, néanmoins, de nous renseigner sur la déformation, la déviation et le degré de compression du vagin. Il nous montre quel est l'état du col: normal ou ramolli, et nous donne sa situation qui est rarement élevée. Enfin, il nous renseigne surtout sur l'état des culs-de-sac qui peuvent être refoulés plus ou moins dans le vagin ou montre, comme dans le cas de Tillaux, de Pinzani et celui du Professeur Vincent, la présence d'un kyste.

e) *Examen abdomino-vaginal.* — Associé au palper, le toucher vaginal permet de préciser les renseignements fournis par le toucher seul; il rend possible, encore, la délimitation nette de la tumeur et l'appréciation exacte de son volume et de sa consistance.

Pour bien établir l'indépendance entre le kyste intra-ligamentaire et l'utérus, il faut d'abord, par l'examen combiné, reconnaître le col et le fond de l'utérus. Dans les cas typiques, le kyste forme une masse arrondie, rénitente, légèrement fluctuante, nettement séparée de l'utérus qu'il peut d'ailleurs refouler (observation de Schatz).

Si la séparation entre l'utérus et la tumeur est réelle, les mouvements communiqués à l'un ne seront pas transmis à l'autre, ou, en tout cas, ne pourront l'être qu'après épuisement de l'élasticité du péritoine. Cependant, il faut se souvenir que cette mobilité n'est que très relative. En effet, encastrés entre le ligament large, le releveur, l'utérus et la paroi pelvienne, ces kystes ne sauraient jouir que d'une mobilité très restreinte.

f) *Auscultation.* — Rarement pratiquée, elle a cependant permis à Cuzzi d'entendre un souffle analogue au souffle utérin de la grossesse, plus particulièrement perceptible sur les parties latérales. Bland Sutton a noté également un bruit de souffle synchrone au pouls. dans un cas de kyste hydatique intraligamentaire.

Troisième cas. — *La femme est vue porteur d'une véritable tumeur abdominale*

a) *Inspection.* — Le ventre est très augmenté de volume, mais d'une façon asymétrique, et la partie la plus proéminente de l'abdomen est évidemment celle qui correspond au siège du kyste (James Oliver). Cette tumeur peut remonter jusque vers le rebord costal, comme dans le cas de Reboul ou dans celui de Cullingworth.

b) *Palpation.* — Elle permet de bien délimiter la tumeur. Elle peut faire préciser le nombre et la situation des kystes, en cas de kystes multiples. Il est classique de considérer le frémissement hydatique senti à la palpation, comme le signe pathognomonique de ce genre de kystes. S'il était perçu chaque fois qu'on se trouve

en présence d'un kyste hydatique, ce serait véritablement là un merveilleux moyen de diagnostic étiologique de la tumeur intraligamentaire. Malheureusement, il a été très rarement observé dans les kystes pelviens en général, et *jamais*, à notre connaissance, dans les kystes hydatiques des ligaments larges. Seul, Tillaux l'a perçu, mais dans une étendue assez restreinte, au niveau de l'ombilic.

Et d'ailleurs, le fait même de le percevoir ne permettrait pas de le rattacher, chaque fois, à sa cause véritable: ce frémissement n'est pas l'apanage exclusif des kystes hydatiques; on a pu l'observer dans d'autres affections: en effet, Bamberger l'a constaté dans l'ascite; Potain dans une hydronéphrose; Abadie et Moitessier dans deux cas de kystes parovariques coexistant avec un kyste de l'ovaire.

c) *Percussion.* — Elle sert à délimiter à peu près parfaitement la tumeur.

d) *Toucher vaginal.* — On ne peut s'en passer, car il permet d'établir l'origine pelvienne de la masse et de la différencier des autres tumeurs abdominales.

e) *Toucher rectal.* — Il est utile pour déterminer la situation pré ou rétro-rectale de certains kystes.

f) *L'examen au spéculum, l'hystérométrie, le toucher intra-utérin et l'hystéroscopie* sont des examens à ne pas conseiller, parce que si le premier est inutile, mais inoffensif, les derniers, non seulement ne donnent que peu de renseignements, mais sont encore très dangereux, surtout si on se trouve en présence d'une grossesse méconnue.

g) *L'exploration vésicale, la cystoscopie et le cathétérisme des uretères* sont, au contraire, à recommander. Les deux premiers examens renseigneront le clinicien sur l'allongement de la vessie, sur son étirement et ses rapports avec un prolongement rétro-pubien de la tumeur. Quant au cathétérisme des uretères, nous n'avons pas l'impression de parler avec exagération en disant qu'il est indispensable en cas de kyste intraligamentaire, surtout lorsqu'il s'agit d'un kyste secondaire. Il renseignera, surtout et avant tout, sur la situation de l'organe, sur ses rapports avec le kyste, sur ses

coudures possibles. Et pourquoi ne pas conseiller à l'opérateur de laisser sa sonde urétérale en place au moment de l'intervention? Nous reviendrons sur ce point dans l'étude du traitement.

Nous rappelons qu'au chapitre de l'Anatomie pathologique, nous avons insisté surtout sur les rapports du kyste avec la vessie et l'uretère, parce que ce sont les rapports devenus anormaux de ces deux organes, et surtout du dernier, avec la tumeur intraligamentaire, qui contribuent à donner à l'intervention un caractère de très haute gravité.

III. — SIGNES FONCTIONNELS. — *Au début*, ils sont à peu près nuls. Ce sont, quelquefois, les douleurs qui ouvrent la scène, et, dans certains cas, bien longtemps avant l'apparition de la tumeur: 10 ans chez la malade de Parlavecchio. Il s'agit de douleurs vives, présentant des périodes de calme et des périodes d'exacerbation.

Parfois, c'est une simple sensation de gêne, de pesanteur dans le bas-ventre, comme dans le cas de Schatz.

D'autres fois encore apparaissent des symptômes digestifs qui précèdent l'apparition de la tumeur: nausées et vomissements, troubles dyspeptiques comme chez la malade du Docteur Cabanes.

Cette période de début ne tarde pas à faire place, bientôt à la période d'état, caractérisée par quelques signes importants en tête desquels se place l'élément *douleur*.

Comme un leit-motiv, dans toutes nos observations, nous retrouvons ce symptôme. Le docteur Cabanes, Schatz, Tillaux, Reboul, Verneuil, Doleris, Boursier, Picque, Kaltenbach, Alglave, Matschan, Resinelli, etc., nous parlent des douleurs éprouvées par leurs malades.

Malheureusement, ce signe n'est pas propre aux kystes hydatiques des ligaments larges. Il existe dans tous les cas de tumeur intraligamentaire.

Les malades les localisent nettement au bas-ventre, dans la région sus-pubienne ou dans une des fosses iliaques, suivant le siège de la tumeur. Cette douleur devient vite continue. Elle est exacerbée par la fatigue ou la station debout.

Il faut signaler que, parfois, ces douleurs se calment ou même disparaissent, quand la tumeur cesse d'être pelvienne pour devenir abdominale.

La douleur est due à la tumeur elle-même qui, par son poids, provoque une sensation de pesanteur. Elle a pour cause, aussi, l'enclavement du kyste qui comprime les filets du plexus lombo-sacré, donnant lieu à des crises névralgiques dans le domaine du crural ou du sciatique.

La douleur est encore due à la coexistence d'une salpingo-ovarite ou à la présence d'adhérences, reliquats de poussées péritonitiques locales.

Elle peut encore résulter de poussées congestives au niveau de la tumeur se montrant pédiodiquement au moment des règles (Pinard).

Enfin, l'apparition d'une complication: torsion, suppuration, hémorragie, peut encore provoquer ou réveiller des phénomènes douloureux.

Accompagnant la douleur ou la suivant, surviennent des *écoulements anormaux:* écoulement leucorrhéiques, comme dans l'observation de Tillaux et du Docteur Aboulker, *métrorragies* comme dans le cas de Pinard, *retards de règles,* ne durant que quelques jours (Villard), un an (Clark), ou pouvant disparaître complètement (Potocki). Les règles peuvent devenir irrégulières et plus abondantes (Benoît).

A cette triade symptomatique ne tarde pas à se surajouter cette grosse complication qu'est la *compression.*

Par ordre de fréquence, nous indiquerons ainsi, les divers genres de compressions dues aux kystes hydatiques intraligamentaires:

a) *Compression de l'appareil urinaire.* — Les phénomènes de compression acquièrent ici une importance capitale.

Nous développerons ce point au chapitre des Complications. Nous dirons, ici, qu'avec la douleur, les troubles urinaires ne manquent jamais ou presque jamais chez les malades porteurs d'un kyste hydatique intraligamentaire.

La malade signale de la *pollakiurie,* le plus souvent. Les mictions sont plus ou moins répétées et plus ou moins impérieuses (Schatz, Boursier). La pollakiurie

peut, parfois, aller jusqu'à l'incontinence, comme dans le cas de Thomas Murphy.

Le docteur Aboulker signale de la *polyurie diurne* chez sa malade.

La miction peut être aussi plus ou moins *difficile* ou *douloureuse:* cas de Schatz, cas de Pinard où la malade était obligée de faire de nombreux efforts et même de marcher assez longtemps pour uriner, cas de Doleris, de Boursier, de Watson et Way.

La rétention complète d'urine a même été signalée (Pinard, Pousson).

Enfin, il peut exister des *douleurs vésicales,* comme dans le cas de la malade du Docteur Cabanes et de celle de Norman Mc Arthur.

b) *Compression du rectum.* — Elle se traduit cliniquement par une constipation opiniâtre (Docteur Cabanes, Doleris, Meier Sonntag et Kaltenbach, Watson et Way).

c) *Compression nerveuse.* — Les plexus lombo-sacrés comprimés manifestent leur atteinte par des crises douloureuses dans la fosse iliaque, avec irradiations vers l'abdomen et les cuisses, ainsi que l'a observé M. le Docteur Cabanes chez sa malade et ainsi que le nota Tillaux, dont la malade éprouvait des douleurs « à se rouler à terre », disait-elle.

d) *Compression vasculaire.* — Elle porte sur les vaisseaux iliaques et se manifeste par de l'œdème des membres inférieurs (observation de Siredey-Potocki). Quand la compression porte sur les veines hypogastriques, on peut voir apparaître des hémorroïdes.

Le docteur Aboulker signale, chez sa malade, la présence d'une circulation collatérale sur la moitié droite de l'abdomen, c'est-à-dire sur celle correspondant au siège du kyste qui était situé dans le ligament large droit.

Enfin, la malade peut présenter des signes *d'intoxication hydatique.*

C'est, en général, à la suite d'un traumatisme ayant amené la rupture du kyste que l'on voit se produire le tableau de cette intoxication. Lors de la rupture, la malade ressent une vive douleur et a la sensation d'un

déchirement dans l'abdomen: quelques heures après, apparaît un *urticaire* plus ou moins étendu, durant, parfois, plusieurs jours (observation de Tillaux-Veau). Ce signe est très précieux pour l'établissement du diagnostic étiologique de la tumeur intraligamentaire.

Mais l'urticaire fait généralement défaut et la douleur et les vomissements sont les seules manifestations de l'intoxication (Minervini).

Quant à l'*évacuation spontanée d'hydatides*, elle est très rare. Elle signe évidemment le diagnostic étiologique, mais elle ne doit pas être attendue, car elle constitue une dangereuse complication. Elle se fait par le vagin (Schatz-Villard), par le rectum (Baecker), ou par la vessie (Freund et Chadwick).

L'état général, enfin, est quelquefois sérieusement atteint (Docteur Cabanes, Docteur Aboulker, Reboul, Tissier et Desfosses, Ferval).

L'altération du facies, l'anémie, l'amaigrissement sont souvent très accentués. Demons insiste avec raison sur cette particularité qui fait souvent faire le diagnostic de tumeur maligne, comme ce fut le cas pour Thomas Murphy, de Melbourne, et il remarque que si l'on opère, tous les accidents disparaîssent par la suite, comme cela s'est produit pour la malade du Docteur Cabanes.

COMPLICATIONS

Il est très rare qu'un kyste hydatique du ligament large évolue à bas bruit; très souvent, au contraire, au cours de son évolution, il signale sa présence par une complication qui, passant alors au premier plan de la scène clinique, fait reporter sur elle toute l'attention du médecin.

Nous citons, au début, pour les éliminer rapidement, à cause de leur rareté, les quelques complications suivantes qui pourraient se rencontrer dans les cas de kystes hydatiques intraligamentaires, mais que, pour notre part, nous n'avons jamais vues signalées dans nos observations.

Ces complications, que cite Deniker dans sa thèse, sont : la *torsion*, les *hémorragies*, la *gangrène* et la *dégénérescence calcaire*.

La *torsion* n'est possible qu'à la condition que le kyste soit pédiculé et mobile. Or, ces conditions ne se trouvent réalisées qu'en cas de kystes du mésosalpinx.

Les *hémorragies* seraient, même si elles existaient, très difficiles à diagnostiquer. Personne ne les signale.

Quant à la *gangrène* et à la *dégénérescence calcaire*, on ne les a jamais encore rencontrées en cas de kyste hydatique intraligamentaire.

La *rupture* du kyste est une complication qu'il faut craindre.

Elle peut être due à un traumatisme ou à un effort.

Les conséquences qu'elle entraîne sont à envisager dans deux cas bien différents.

Si elle intéresse un kyste suppuré, il est bien rare que les complications soient sérieuses. En effet, la suppuration a déterminé la formation d'adhérences qui ont eu le temps de constituer autour du kyste un barrage protecteur réduisant au strict minimum l'extension de l'épanchement purulent.

Au contraire, s'il s'agit d'un volumineux kyste primitif, stérile, relativement mobile sous un péritoine resté encore souple, l'intoxication hydatique, résultant de la

rupture qui s'est faite dans le péritoine, peut revêtir trois formes de gravité différente.

Dans la forme bénigne, seule une poussée d'urticaire, accompagnée de fièvre, de nausées et de vomissements, vient signer le diagnostic de la rupture intrapéritonéale.

Dans un second cas, l'urticaire disparaît du premier plan et le collapsus et les accidents syncopaux dominent le tableau clinique.

Enfin, dans un troisième cas, la rupture est suivie d'une syncope mortelle.

D'après Quenu et Duval, ces accidents seraient liés à un état anaphylactique produit par imprégnation toxihydatique chronique par dialyse lente des poisons échinococciques à travers la paroi vésiculaire intacte. L'issue du liquide, lors de la rupture, ne ferait que déclancher la crise anaphylactique.

Enfin, une dernière complication de la rupture du kyste dans le péritoine est, il est à peine besoin de le signaler, l'ensemencement secondaire de la grande séreuse péritonéale et de tous les organes qui y sont contenus, en particulier le foie et le mésentère.

La *suppuration* est, au contraire, une complication qu'on rencontre assez souvent en cas de kystes hydatiques des ligaments larges.

Il faut incriminer, en premier lieu, les ponctions répétées et intempestives qui ne tardent pas à introduire à l'intérieur de la cavité kystique tous les matériaux nécessaires à l'établissement de cette complication.

Cette suppuration peut avoir, aussi, pour origine, une affection utéro-annexielle, comme dans le cas de Nyulasy, les malades présentant alors des poussées salpingiennes douloureuses.

On peut, aussi, incriminer quelquefois l'infection puerpérale d'origine endogène.

Enfin, la coprostase, résultant de la compression du rectum par le kyste, peut favoriser le développement de germes pathogènes qui l'envahiront, ensuite, secondairement.

Des cas de suppuration du kyste ont été signalés par Franta, par Doleris, dont la malade ne présentait aucun signe clinique de suppuration, par Potocki.

Les phénomènes suppuratifs peuvent finir, cependant,

par détruire les barrières que leur opposaient les adhérences et arriver ainsi à faire communiquer le kyste soit avec un organe voisin, soit, ce qui est plus grave, avec la cavité abdominale elle-même, déterminant ainsi une péritonite mortelle, comme dans le cas de Schatz, de Deve, ou suivie de guérison comme dans celui de Weber.

Guinard et Verneuil signalent une perforation intestinale consécutive à l'effondrement d'adhérences entre le kyste et une anse intestinale.

Mirto publie l'observation d'une fistule vésico-vaginale associée à un kyste du ligament large.

D.G. Wilson cite un cas de kyste hydatique intraligamentaire qui, ayant contracté des adhérences probables avec l'uretère, se fistulise dans celui-ci, et le médecin, voyant des vésicules sortir de l'urèthre, fait le diagnostic de cette grave complication qui, d'ailleurs, entraîna la mort de la malade.

Il n'est pas rare, enfin, qu'une maladie intercurrente vienne assombrir le pronostic, comme ce fut le cas pour la malade de Parlavecchio, qui succomba des suites d'une fièvre typhoïde.

Il existe, enfin, une catégorie de complications dues aux phénomènes compressifs qu'entraîne la tumeur intraligamentaire.

Nous en avons déjà parlé au chapitre de la Symptomatologie.

La *compression* peut porter sur l'intestin terminal et sur l'arbre urinaire.

Dans le premier cas, on observe, au début, une constipation simple. Celle-ci ne tarde pas à faire place, bientôt, à une constipation réfractaire à tout moyen thérapeutique. La mort par occlusion intestinale, cependant, n'a jamais été citée dans les cas de kystes hydatiques intraligamentaires.

Autrement sérieuses sont, au contraire, les complication qui résultent de la compression de l'appareil urinaire.

Un organe est intéressé directement dans ce cas : l'*uretère*.

Quant à la vessie, elle risque de compliquer l'intervention par sa situation devenue dans certains cas,

anormale, comme celle de l'uretère. Ces complications, qui sont opératoires, seront étudiées au chapitre du Traitement.

Toute cause d'oblitération partielle ou totale du conduit vecteur de l'urine peut, dit TUFFIER, produire une hydronéphrose.

D'autre part, on sait que, dans la grande majorité des cas, la ligature brusque de l'uretère est suivie d'atrophie et non de distension du rein. Au contraire, la cause productrice de l'hydronéphrose est, en général, un obstacle au cours de l'urine agissant progressivement et non d'une façon rapide.

Or, le développement lent, mais continu, d'un kyste siégeant à proximité de l'uretère, n'ayant d'abord que des rapports éloignés avec lui, puis finissant par venir à son contact et arrivant à le comprimer lentement mais sûrement, et de jour en jour davantage contre les parois du bassin, est-ce que tout ceci ne constitue pas un ensemble de circonstances éminemment favorables à l'établissement d'une hydronéphrose ?

Ses signes en seront souvent peu marqués au début. A la période d'état, ils consisteront en *douleurs* très variables, simplement lombaires dans les moments de calme, lancinantes, intenses et abdominales au moment des accès aigus et en une *tumeur* abdominale plus ou moins volumineuse.

En prévision d'une complication rénale toujours possible, on devra systématiquement pratiquer, chez toutes les malades, même chez celles chez lesquelles on ne soupçonne aucune atteinte du rein, une cystoscopie et surtout un cathétérisme urétéral bilatéral.

L'endoscopie urinaire donne, dans ces cas, des renseignements de grande valeur, concernant le mode de fonctionnement des reins. Elle indique au chirurgien quel est leur état; elle lui permet de savoir s'ils sont sains tous les deux ou bien si l'un des deux est fonctionnellement perdu du fait de la compression urétérale produite par le kyste ou par suite d'une affection ancienne, méconnue, quelquefois, de la malade elle-même: néphrite, tuberculose, etc... Et s'il arrive qu'au cours de l'ablation du kyste, l'uretère vienne à être lésé d'une façon telle qu'aucune technique chirurgicale n'est

plus désormais capable de lui rendre sa continuité, le chirurgien, connaissant la valeur fonctionnelle du rein opposé, saura s'il a le droit de pratiquer la néphrectomie immédiate ou, au contraire, s'en abstiendra, de peur de voir mourir sa malade des suites d'une crise d'urémie foudroyante.

Kyste hydatique intraligamentaire et grossesse

Nous allons étudier, à la fin du chapitre des Complications, les rapports qui existent entre les kystes hydatiques intraligamentaires et la grossesse. Nous verrons si la gestation est influencée par eux, et si, inversement, la grossesse modifie l'évolution de ce genre de kystes hydatiques qui l'intéressent directement, à cause de leur situation para-utérine.

Influence des kystes hydatiques sur la grossesse

Ils gênent fort peu la fécondation, comme le prouvent les observations de Pinard, Reboul, Franta, Tissier et Desfosses, Fries.

La grossesse suit son cours normal malgré la présence d'un kyste hydatique à côté de l'utérus. C'est l'avis de Pean, de Secheyron et de Franta.

La malade de Pinard était une primipare qui n'avait rien remarqué d'anormal pendant sa grossesse.

Franta publia, en 1900, l'observation d'une femme qui, en dépit d'un kyste développé dans le ligament large gauche et de plusieurs petits kystes situés dans le cul-de-sac latéral du même côté, eut sept accouchements à terme entre 24 et 34 ans.

Tissier et Desfosses nous apprennent que la malade de leur observation avait vu sa grossesse évoluer jusqu'au terme.

C'est au moment du travail qu'apparaissent les complications. Jusque-là bien toléré, le kyste devient, au moment de l'accouchement, un obstacle à l'expulsion du fœtus.

La durée du travail augmente considérablement. La malade de Pinard resta en travail pendant trois jours, et l'accouchement ne put se terminer qu'après que le kyste eut été ponctionné.

En s'affaissant, il fit disparaître l'obstacle qui s'opposait à la sortie de l'œuf et on put extraire un enfant vivant et avoir une délivrance normale.

De même, Bonorden fut obligé de ponctionner le kyste pour permettre à sa malade d'accoucher, normalement d'ailleurs, mais, dans les jours qui suivirent, la femme eut une paramétrite suppurée gauche et une pyohémie dont elle ne se remit que très lentement.

Nous ne sommes pas de l'avis de Penel qui écrit que les manœuvres obstétricales, et surtout la version, amènent très souvent la mort de l'enfant et quelquefois celle de la mère.

Dans les observations de Pinard, de Fries, de Selhorst, nous lisons que l'enfant a survécu malgré ces manœuvres.

Par contre, Tissier et Desfosses eurent une rupture utérine suivie de la mort de la malade. On note la mort de l'enfant dans les observations de Franta et de Bonorden.

Les kystes hydatiques intraligamentaires semblent avoir une influence fâcheuse sur les suites de couches.

Reboul signale chez sa malade des frissons, de la fièvre et des douleurs pendant assez longtemps.

La malade de Bonorden fit une pyohémie.

Cependant, normales furent la délivrance et les suites de couches des malades de Pinard et de Franta.

Disons quelques mots du pronostic des interventions pelviennes pratiquées chez de telles malades.

Franta, en 1902, écrivait ceci : « D'après les expériences faites au cours des dernières années, la grossesse n'est pas une contre-indication d'une intervention opératoire urgente ; on peut opérer dans le voisinage de l'utérus lui-même, sans interruption de la grossesse. Si l'on opère, à l'heure actuelle, les kystes de l'ovaire au cours de la grossesse, on doit le faire encore plutôt dans le cas de kystes hydatiques, abdominaux ou pelviens, ceux-ci étant une cause de dystocie encore plus sérieuse ».

Ces données ont été confirmées, expérimentalement si l'on peut dire, par des auteurs qui ont débarrassé leurs malades de leur kyste pendant leur grossesse.

Fries a opéré sa malade, jeune primipare, au cin-

quième mois pour un kyste hydatique intraligamentaire. Il pratiqua même une myomectomie. Malgré ce traumatisme opératoire, la grossesse évolua normalement.

Les contractions furent normales, de même que la présentation qui était un sommet.

On put faire une prise de forceps et on parvint à extraire un enfant vivant et normalement constitué.

L'auteur cite cette observation comme une « preuve nouvelle de l'extraordinaire tolérance de l'utérus gravide pour les contacts instrumentaux et opératoires ».

Cette observation est d'autant plus intéressante qu'au cours de l'intervention la caduque elle-même fut mise à nu.

Makenrodt a relaté une observation semblable, dans laquelle la découverte de la caduque n'avait pas provoqué l'avortement.

Selhorst opéra sa malade au deuxième mois de sa grossesse. Celle-ci évolua normalement.

La malade guérit et accoucha d'un enfant bien portant.

Michin intervint chez une cinquième pare, au quatrième mois de sa grossesse.

Il trouva un kyste hydatique du volume d'une tête d'homme dans le ligament large droit. Il l'enleva et la grossesse suivit son cours normal.

Cependant l'intervention peut provoquer l'avortement, comme ce fut le cas pour Oliver, dont la malade, enceinte de trois mois, avorte douze jours après son opération.

Influence de la grossesse sur les kystes hydatiques

Pour certains auteurs, la grossesse exerce une influence directe sur leur développement.

Larre disait déjà en 1895: « La grossesse agit directement sur la tumeur en favorisant l'infection parasitaire et en activant son développement. Nous savons que la grossesse entraîne des modifications importantes dans la circulation artérielle et gêne celle des gros troncs veineux qui se déchargent au profit des veines de la paroi. L'hypervascularisation a pour effet de charrier, en plus grand nombre, les parasites vers la ceinture

pelvienne, tout en apportant une plus grande quantité d'aliments à la tumeur. »

Franta est du même avis que Larre.

Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que la grossesse devient souvent la cause révélatrice d'un kyste hydatique par le coup de fouet qu'elle imprime à son développement.

C'est ce qui s'est produit pour la malade dont Baeker rapporte l'observation.

Quelquefois, c'est aussitôt après l'accouchement, comme dans le cas de Dunbar Hooper, qu'on découvre la tumeur kystique intraligamentaire.

Pendant le travail, le kyste peut être comprimé par la présentation et sa rupture peut se produire.

De plus, alors même qu'il n'a subi aucun traumatisme direct pendant l'accouchement, le kyste peut devenir très douloureux et même suppurer pendant les suites des couches.

DIAGNOSTIC

Ce que nous avons déjà dit en parlant des symptômes, nous allons le répéter ici, à propos du diagnostic.

Pour affirmer, à coup sûr, la nature d'une affection, il faut faire une synthèse des renseignements fournis sur l'état du malade par la clinique et le laboratoire. Chaque maladie comporte un ensemble de signes qui lui sont propres: la pneumonie a son souffle tubaire si caractéristique, le rétrécissement mitral ses signes stéthoscopiques qui ne trompent pas une oreille habituée à les entendre.

Or, nous l'avons vu, les kystes hydatiques des ligaments larges ont une symptomatologie si l'on peut dire anonyme, en ce sens qu'elle ne leur est pas strictement propre. Avec, pour point d'appui, des bases aussi fragiles, comment arriver à étayer un diagnostic qui soit certain. A l'impossible nul n'est tenu, et l'on comprend que les plus grands cliniciens, en France et à l'étranger, aient souvent, chaque fois même, peut-on dire, fait un diagnostic faux lorsqu'ils se sont trouvés en présence d'un kyste hydatique du ligament large.

Ainsi donc, il serait bien téméraire de vouloir énumérer en quelques pages les éléments de diagnostic des kystes hydatiques intraligamentaires.

Un fait important domine cette étude. Nous avons pu recueillir 63 des 80 observations relatives à notre sujet. 62 fois le diagnostic fut faux. Seul, Schatz prétend y avoir pensé avant l'intervention. Qu'on nous permette d'en douter.

Boursier écrit que « dans la plupart des cas, le diagnostic exact n'a pu être porté et la nature hydatique du kyste n'est ordinairement découverte qu'au cours de l'opération. »

« Leur diagnostic, dit Minervini, est d'ordinaire difficile, d'autant plus que presque chaque fois on fait celui de néoplasme de l'ovaire ou de l'utérus, et leur véritable nature n'a été reconnue seulement qu'au cours de l'intervention. »

« La rareté de cette variété de kyste, sa manière

trompeuse de se révéler, sa lente évolution rendent le diagnostic difficile, continue Resinelli. »

« Soit que l'erreur de diagnostic, écrit Gau dans sa thèse, porte sur la localisation de la tumeur, soit qu'elle porte sur sa nature, elle est presque la règle. Tous ceux qui ont étudié la question insiste sur la difficulté du diagnostic: Tillaux, Pinard, Le Dentu et Bonnet, Segond, Linne, Guinard, Schatz, Freund, Lemonnier, Dermigny, De Lavigne Sainte-Suzanne. »

Vautrin, dans sa thèse, déclare en abordant le chapitre de l'inclusion: « Ce n'est pas une chose facile de diagnostiquer une inclusion et nous ne craignons pas de dire que les kystes inclus seront aussi souvent reconnus pendant l'opération que diagnostiqués après. »

« Dans aucun des cas décrits dans la littérature, dit Bogi, le diagnostic n'a été fait. Abadie-Feyguine et Abadie, dans les cas qu'ils ont cités, confessent que le diagnostic ne fut jamais fait avant l'ouverture du ventre... Le diagnostic de siège, continue-t-il, ne peut offrir de difficultés que dans les cas spéciaux. Il me semble que le diagnostic de nature soit presque impossible. »

Nous pourrions augmenter encore, le nombre de ceux qui nous parlent de la difficulté de ce fameux diagnostic. Nous pensons que point n'est besoin d'insister davantage.

Pour essayer d'établir un diagnostic de kyste hydatique du ligament large, il y a un plan général à formuler, « de façon, comme le disait finement Pawlick, à éviter au laparotomiste débutant de payer par l'erreur la rançon de l'apprentissage. »

Avant d'en arriver là, nous citons, à titre documentaire, les erreurs de diagnostic les plus fréquemment commises.

On pense à l'ovaire. C'est ce qui fit commettre leur erreur à Pinard, Reboul, Dumont, Kaltenbach, Cullingworth et Clutton, Pavlos Petridis, Alglave, Derewenko, Minervini et Bogi.

On songe, aussi, à la possibilité d'un fibrome utérin, comme y songèrent Doleris, Pousson, Terrillon, Potocki-Siredey et Rothwell Adam.

A ce bref préambule va faire suite une non moins brève étude des quelques points de détail que le clinicien

doit connaître quand, après avoir examiné sa malade, il va discuter le diagnostic de son affection.

DIAGNOSTIC POSITIF

Ce qu'il importe avant tout de faire, c'est le diagnostic du siège de la tumeur.

Le toucher vaginal joue, dans cette exploration, le rôle dominant.

L'index va d'emblée sur le col utérin; c'est lui qui va fournir les renseignements les plus sûrs concernant :

1° La hauteur du col;

2° Sa situation;

3° La position anormale de l'utérus;

4° La présence, dans les culs-de-sac vaginaux, du pôle inférieur de la tumeur;

5° La mobilité de l'utérus;

6° La mobilité de la tumeur sur l'utérus;

7° Les qualités de consistance, de surface, de forme et de sensibilité de la tumeur perçue dans les culs-de-sac.

Il faut, ensuite, faire le diagnostic différentiel entre l'inclusion vraie et la fausse inclusion. L'opérateur doit savoir qu'il y a des tumeurs qui sont tellement enveloppées par le ligament large qu'elles paraissent incluses dedans. Cette fausse inclusion peut être due à des fausses membranes inflammatoires ou à un encapuchonnement.

Dans le premier cas, il s'agit en général de tumeurs bilatérales. Dans le second cas, le ligament large est déplacé, non déplissé.

Divers types de ce déplacement ligamentaire peuvent s'observer dont le diagnostic pré-opératoire est impossible, et qui ne peuvent être diagnostiqués qu'au cours de l'intervention.

Dans un premier cas, le ligament, fixé par des adhérences, est simplement entraîné en haut par l'accroissement de la tumeur kystique.

Pour réaliser l'encapuchonnement, le ligament large se rabat sur la partie haute de la tumeur et tend à passer à sa face postérieure, comme un capotage de voiture rabattu.

La trompe qui, dans le type précédent, coupait horizontalement le bord antéro-supérieur de la tumeur, traverse maintenant sa face postérieure et, dans les kystes à grand développement, restant accolée à l'utérus, disparaît en arrière du kyste et devient difficile à repérer.

La notion de cet enroulement du ligament large sur le kyste est de première importance pour l'opérateur; le ligament distendu, souvent vascularisé, étale sa double lame, non seulement sur la face antérieure de la tumeur, mais aussi sur son pôle supérieur et sur une portion plus ou moins considérable de sa face postérieure; seule, une zone inférieure, en arrière est libre de péritoine; c'est là qu'il faut aller chercher le point libre et clivable.

On doit, ensuite, s'attacher à déterminer aussi exactement que possible, l'élévation de l'utérus au-dessus du petit bassin, sa latéro-position, son antéro-situation; on mesure la hauteur du col derrière le pubis ou au-dessus de lui; on palpe le corps utérin au devant de la tumeur; on apprécie, à l'hystéromètre, sa déviation.

Parallèlement à son déplacement, on mesure l'ascension de la vessie, étalée sur la tumeur. Le pôle inférieur du kyste atteint facilement par le doigt, dans le cul-de-sac latéral ou dans le Douglas, est délimité. On détermine par la palpation abdominale et la percussion, le contour du pôle supérieur.

Il faut mesurer la distance séparant le pubis de l'ombilic et l'ombilic de l'appendice xiphoïde. Dans les tumeurs incluses, la première mesure est très augmentée par rapport à la seconde, et cela correspond à l'importance de l'enclavement pelvien et du relief de l'hypogastre.

Le diagnostic de siège a été posé. Ce premier résultat est important.

La chose n'est pas impossible, puisque le Docteur Aboulker, le Professeur Vincent, Mirto, Boursier, Fries et Lawson-Tait firent ce diagnostic.

On devra, ensuite, aborder la question de la nature de cette tumeur. Le diagnostic de la nature a été fait par Schatz paraît-il, et soupçonné par Reboul. Tillaux fit un diagnostic juste de la nature du kyste, grâce au

frémissement hydatique qu'il avait perçu et il faillit faire un diagnostic de siège exact. Après avoir pensé au ligament large, il rejeta cette hypothèse pour localiser ces kystes dans le grand épiploon.

Il faudra se baser sur son évolution lente et son accroissement continu. Parmi les antécédents de la malade, le rappel d'une opération antérieure pour kyste hydatique d'un autre organe de la cavité abdominale, les poussées d'urticaire ou les autres signes de l'intoxication hydatique peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Un signe de présomption en faveur de l'échinococcose serait la perception, à la palpation, d'un assez grand nombre de masses.

Il ne faudra pas compter sur le frémissement hydatique ou sur le rejet d'hydatides.

Le premier signe, est, nous l'avons vu, incertain; le second, assez rare, est quelquefois le signal d'une complication très grave et qu'il faut empêcher de se produire par une intervention pratiquée très tôt.

En présence d'une tumeur du petit bassin bombant dans le bas-abdomen, le chirurgien pourrait être tenté de faire une ponction exploratrice ordinaire ou une ponction capillaire.

Autrefois, couramment pratiquée, une telle manœuvre a abouti quelquefois à des désastres.

En aucun cas, comme le dit Bergmann, en présence d'un kyste hydatique du ligament large, le chirurgien ne devra le ponctionner. Moissenet, Martineau, Chauffard, Brjant ont cité des cas de morts subites consécutives à cette ponction.

Zirkelback a vu, une fois, des accidents graves se produire.

Achard a réuni huit cas de morts dues à des phénomènes toxiques.

Nous jugeons inutile de parler ici, de l'ensemencement des organes et des tissus traversés par l'aiguille au moment de son retrait par l'opérateur.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Affections ovariennes

Le *kyste de l'ovaire* est certainement l'affection dont le départ est le plus difficile à faire d'avec un kyste hydatique du ligament large. Ce fait résulte de la statistique établie par nous, à l'aide de nos observations. Il a, en effet, la même forme, la même évolution, les mêmes caractères physiques.

Si la plupart des kystes ovariens remontent, en général, plus vite dans l'abdomen, il en existe qui restent enclavés dans le petit bassin.

Cependant, leur consistance est moins dure, moins élastique; la fluctuation est mieux perçue qu'en cas de kystes hydatiques.

Les *kystes dermoïdes* sont plus faciles à reconnaître en raison de leur caractère nodulé et des différences de leur consistance: ils sont d'une dureté osseuse sur certains points et nettement fluctuants sur d'autres.

Les *tumeurs fibreuses* de l'ovaire sont très rares.

Le *cancer* de cet organe s'accompagne d'ascite et des signes généraux de ce genre de néoplasie.

Affections tubo-ovariennes

On a pris quelquefois des kystes hydatiques intra-ligamentaires pour des *salpingites* ou des *salpingo-ovarites* comme ce fut le cas pour Ferval.

Mais on constate, alors, en général, une douleur localisée dans les culs-de-sac latéraux du vagin et qui s'exaspère par le toucher, le palper abdominal, ainsi qu'au moment des règles. En outre, chez des femmes atteintes de salpingite, on voit, à des intervalles parfois réguliers, des poussées inflammatoires fébriles, ayant tous les caractères de phénomènes péritonéaux. Des kystes hydatiques enflammés ont pu être pris pour des *hématocèles rétro-utérines*. De fait, lorsqu'un kyste hydatique, resté silencieux et passé inaperçu, vient à s'enflammer, et que ses manifestations douloureuses coïncident avec la période menstruelle, l'erreur est pour ainsi dire fatale (Lemaire).

Affections utérines

Si la femme n'est pas enceinte, ce sont surtout les *fibromes* qui peuvent prêter à confusion; cependant, les tumeurs fibreuses utérines produisent plus fréquemment des troubles menstruels. A l'examen, on trouve une tumeur faisant corps avec l'utérus et présentant des bosselures à sa surface.

Si la femme n'est pas enceinte, l'*utérus gravide* peut prêter à confusion avec un kyste intraligamentaire.

Une *grossesse ectopique* simule un kyste juxta-utérin.

L'évolution, dans ces deux cas, permet de résoudre le problème du diagnostic.

Affections du ligament large

Les kystes du ligament large peuvent amener une confusion avec les kystes hydatiques, d'autant plus facilement que certains d'entr'eux contiennent un liquide ayant des caractères physiques et chimiques très voisins de ceux du liquide hydatique. Seul, l'examen cytobactériologique permet de reconnaître la nature exacte du liquide.

Affections péritonéales

Nous croyons devoir en parler à propos du diagnostic différentiel, en raison du fait que Weber et Minervini portèrent, chez leurs malades, le premier le diagnostic de péritonite simple, le second celui de péritonite tuberculeuse.

La *pelvi-péritonite* pourra amener une confusion d'autant plus aisément que l'évolution des kystes hydatiques est souvent entrecoupée de crises de pelvi-péritonite.

Enfin, en présence de symptômes révélateurs d'une complication, et que nous avons énumérés dans un chapitre précédent, le praticien devra faire le diagnostic de ces complications.

En parler ici serait redire ce que nous avons écrit à propos d'elles, au chapitre qui leur était consacré. Nous ne croyons pas qu'il faille y revenir.

DIAGNOSTIC PAR LES METHODES DE LABORATOIRE

La première en date est la recherche de l'*éosinophilie*, signalée par Sabrazes au « Congrès de Médecine de Lille ».

Le Professeur Memmi, au « Congrès de Pathologie interne de Pise » en 1901, déclara attacher une importance capitale à la constatation de l'éosinophilie dans le sang d'un individu soupçonné d'être parasité.

Selon lui, une éosinophilie de 19 à 20 % est constante chez de tels malades.

Bocciardo, Cionini, Da Costa, Jolly donnent le pourcentage de 5 %, Achard celui de 40 %.

Sa valeur diagnostique n'est admise par Biondi et par Marcantoni que lorsqu'il manque d'autres causes pouvant expliquer l'éosinophilie.

Malheureusement, l'éosinophilie n'est pas un signe pathognomonique du kyste hydatique. Dans certains cas, elle manque totalement.

D'autre part, elle existe, en général, dans toutes les affections parasitaires et dans quelques maladies infectieuses. On a aussi noté sa présence dans les affections cutanées, dans certains états diathésiques et même dans certaines névroses.

Bien plus, elle peut faire défaut en cas de kyste hydatique confirmé.

Matschan fit rechercher trois fois l'éosinophilie chez sa malade: deux fois la recherche fut négative; la troisième fois, l'éosinophilie était de 1 %. A l'intervention, on trouva chez la malade, un volumineux kyste hydatique.

Chauffard et N. Fiessinger admettent que les polynucléaires éosinophiles, trouvés en excès dans la circulation, se forment localement à l'entour du kyste, mais cette opinion est très discutée.

Cependant, il doit exister une relation de cause à effet entre la présence du kyste hydatique dans l'économie et la constatation de l'éosinophilie dans le sang de l'individu parasité puisque celle-ci disparaît en quelques heures après l'intervention chirurgicale (Chauffard et Vincent).

Sa persistance doit faire penser à l'existence d'un autre kyste passé inaperçu au cours de l'opération.

Précipito-diagnostic

Fleig et Lisbonne, en 1907, ont employé, pour le diagnostic de l'échinococcose, la méthode des précipitines.

La positivité de leurs recherches fut confirmée par Welshe et Chapmann qui ont modifié la technique de la réaction.

D'après un rapport de Bernabei, au « 17e Congrès de Médecine Internationale de Palerme », faisant suite à une étude soigneuse de son assistant Sebastiani, la méthode des précipitines peut donner des résultats positifs, même en présence de kystes non hydatiques. Weinberg pense que la réaction n'est positive que dans un tiers des cas. Welshe et Chapmann publient, dans « The Lancet », le résultat de leurs expériences : 50 réactions pratiquées sur 36 animaux suspects d'échinococcose n'ont donné aucune précipitation par le sérum des individus normaux.

Lorentz n'est pas satisfait non plus de cette réaction qui, pour Candela, aurait une grande valeur, mais uniquement quand elle est positive.

Séro-diagnostic

On connaît trop bien la réaction de Ghedini-Weinberg, imaginée par Ghedini en 1906, pour que nous nous permettions d'y insister longtemps.

Reposant sur le principe de la déviation du complément, cette réaction a une certaine valeur diagnostique.

Les auteurs russes lui accordent une très grande importance: Scatschewsky, Werbitzky, Tereschkowitsch, Sawkow, Abrikosow. Cette méthode a donné d'excellents résultats à Lorentz, Lejars, Delbet, Tuffier. Brannstein, la tient pour tout à fait sûre. Par contre, Gaetani ne l'accepte qu'avec des réserves.

Urioste et Scaltritti rapportent que sur dix-sept cas d'échinococcose, la réaction ne fut positive que huit fois.

Kreuter et Da Peto ne lui reconnaissent aucun caractère de spécificité.

Cependant, si une réaction positive plaide en faveur d'une échinococcose, une réaction négative n'exclut pas la possibilité d'une affection hydatique.

De plus, comme le remarque justement DELBET, la technique de la réaction de WEINBERG est délicate et n'est pas, actuellement, à la portée de tous les praticiens.

Concluons en disant qu'on pourrait, peut-être, faire un diagnostic exact en procédant par étapes dans l'examen de la malade.

Il faudrait, pour cela, rechercher d'abord les symptômes généraux des tumeurs kystiques du ligament large, puis les signes généraux des kystes hydatiques et enfin les symptômes des kystes hydatiques intraligamentaires.

On peut se demander si les erreurs de diagnostic ne tiennent pas, souvent, à ce que l'idée du kyste hydatique ne vient pas à l'esprit du praticien.

Le diagnostic ne deviendrait-il pas plus aisé si celui-ci recherchait systématiquement, en présence d'une tumeur intraligamentaire, les signes caractéristiques d'une telle affection?

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes hydatiques des ligaments larges doit être *réservé*.

Un kyste hydatique, unique, primitif, diagnostiqué assez précocement pour que l'intervention ne soit pas encore compliquée par la présence d'adhérences, comporte un pronostic généralement bon, réserve faite d'un essaimage toujours possible dû à une faute de technique opératoire.

La malade sera, alors, sujette aux récidives, si fréquentes dans cette affection.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste secondaire, de kystes intra-ligamentaires multiples ou de kystes suppurés, adhérents ou fistulisés dans un organe voisin, si le pronostic opératoire immédiat — le seul à envisager dans ce cas, car laisser évoluer de tels kystes c'est vouer la malade à une mort certaine, — n'est pas mauvais, par contre, l'avenir de telles malades nous apparaît bien sombre.

Nous ne voulons pas revenir sur les complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution de cette affection. Elles ont déjà été étudiées. Rappelons seulement ici, qu'elles doivent entrer en ligne de compte et pour une très large part, dans l'établissement du pronostic, car ce sont elles qui font, en définitive, toute la gravité de la maladie.

L'état général de la femme est aussi à considérer au point de vue pronostic opératoire, car, si une malade encore résistante pourra supporter l'intervention, une femme affaiblie et cachectisée ne sera pas capable d'en faire les frais.

Enfin, la grossesse aggrave, elle aussi, le pronostic, mais dans les mêmes proportions, ou à peu près, que les autres complications.

Nous avons établi une statistique où sont groupés les résultats opératoires ou autres, *quoad vitam*, relevés dans nos observations et qui intéressent l'avenir immédiat des malades, que nous divisons en deux catégories :

Dans la première, nous rangeons celles qui n'étaient pas enceintes au moment de la découverte de leur kyste;

Dans la seconde, nous classons celles chez lesquelles, avec le kyste, coexistait une grossesse.

Dans le premier groupe, nous relevons 54 cas :

30 guérisons ont été observées;

17 fois la mort a été notée;

7 observations ne nous disent pas ce que sont devenues les malades.

Dans le second groupe, nous rangeons 9 observations:

7 femmes ont vu leur grossesse évoluer et leur accouchement se faire sans incident;

2 sont mortes.

Nous récapitulons ces chiffres dans le tableau suivant:

Kystes hydatiques évoluant sans être compliqués de grossesse

Nombre de cas.....	54
Guérisons.....	30
Morts.....	17
Observations où ces renseignements n'ont pas été donnés.....	7
Total.....	54

Soit une moyenne de :

63,83 % pour la guérison,

36,17 % pour la mortalité.

Kystes hydatiques évoluant parallèlement avec une grossesse

Nombre de cas.....	9
Guérisons.....	7
Morts.....	2
Total.....	9

Soit une moyenne de :

77,77 % pour la guérison,

22,23 % pour la mortalité.

EVOLUTION

On doit considérer l'évolution des kystes hydatiques des ligaments larges dans deux cas bien différents :

1° On a laissé le kyste évoluer, soit parce qu'on en a méconnu l'existence, soit par suite de la fausseté du diagnostic étiologique ;

2° Au contraire, on est intervenu et on a vérifié, ou, la plupart du temps, redressé, une fois le ventre ouvert, le diagnostic qui avait été posé avant l'intervention.

Premier cas

L'évolution est lente, elle peut durer des années. Sa durée exacte est difficile à préciser, car le début de la maladie passe souvent inaperçu. Quelquefois, même, c'est au cours d'une autopsie ou d'une intervention ne portant pas sur les ligaments larges qu'on fait le diagnostic rétrospectif de la maladie.

De plus, il n'y a rien d'étonnant à ce que la malade, elle-même, méconnaisse son affection, car, au début tout au moins, celle-ci est compatible avec un excellent état général.

Néanmoins, si la guérison spontanée peut se voir, elle est exceptionnelle. Le chirurgien ne devra, en aucun cas, compter sur elle. Au contraire, poser le diagnostic de kyste hydatique intraligamentaire, c'est, en même temps, établir le traitement qui ne peut et ne doit être qu'immédiat et exclusivement chirurgical.

Freund pense qu'il est possible que les hydatides meurent « par compression ». Celle-ci peut être due à la torsion ou à la compression du pédicule vasculaire de la tumeur.

En réalité, il ne faut pas compter sur ce mode de terminaison qui, d'ailleurs, serait lui aussi capable de nécessiter une intervention, par suite des troubles fonctionnels auxquels il pourrait très bien donner naissance.

Un mode de mort plus fréquent est la suppuration, résultant de l'infection et à laquelle peut succéder la fistulisation.

La suppuration revêt, le plus souvent, un caractère de chronicité qui lui enlève toute tendance à la guérison spontanée.

Le kyste peut, comme on l'a déjà vu, se fistuliser.

La malade s'affaiblit, se cachectise et ne tarde pas à succomber au milieu de tous les accidents qui accompagnent les suppurations chroniques.

L'hydatide qui échappe à la mort, ce qui est presque la règle, continue son développement et augmente sans cesse de volume.

Pour comprendre l'évolution de la tumeur kystique dans le cadre des ligaments larges, il faut conserver la division chirurgicale du ligament large en mésosalpinx supérieur et mobile, et ligament proprement dit, doublé de la gaine hypogastrique, inférieure et fixe.

Un kyste, né à la base du ligament large, ne dédoublera jamais le mésosalpinx, dont la résistance considérable avait déjà frappé Alban Doran.

Au contraire, un kyste, né dans le mésosalpinx, le dédoublera rapidement, et la trompe, aplatie et rubanée, viendra encercler la tumeur, disposition caractéristique, permettant de diagnostiquer sûrement l'origine du kyste, même si celui-ci a pris, ultérieurement, un grand développement.

Quoiqu'il en soit, ces kystes, toujours franchement latéro-utérins et intraligamentaires, peuvent:

1° Repousser en avant un des feuillets, s'en coiffer et se pédiculiser sur le ligament large.

Cette disposition est, cependant, assez rarement rencontrée.

2° Se glisser sous l'un des feuillets et évoluer, alors, comme des kystes pré ou rétro-utérins.

Nous trouvons ici, deux groupes de kystes: *les kystes à évolution antérieure,* contractant des rapports intimes avec la vessie; *les kystes à évolution postérieure,* tendant à dédoubler le méso de l'S iliaque et, plus rarement, reproduisant le même phénomène du côté du cœcum.

Il existe, enfin, *des kystes à évolution basse,* pouvant pousser des prolongements vers les différents orifices de l'excavation pelvienne : trou obturateur, échancrure sciatique, etc.. La malade voit, alors, son état général profondément touché, elle maigrit progressivement, se cachectise, avec la teinte des tumeurs malignes abdominales. L'anorexie, la déchéance physique et psychique

s'installent; on assiste à la constitution d'un véritable syndrome de cachexie hydatique dont la mort, à bref délai, est le seul mode de terminaison.

Deuxième cas

Au lieu d'abandonner le kyste à son évolution naturelle, on est intervenu. Si le kyste a été enlevé en entier, la malade peut se trouver guérie définitivement sans incidents notables.

Grâce aux progrès des techniques chirurgicales modernes et à l'habileté des opérateurs, la plupart des complications post-opératoires sont évitées de nos jours.

Cependant, la guérison définitive est difficile à affirmer.

Les auteurs de nos observations signalent qu'après une, deux, trois années, et quelquefois davantage, il n'y a pas eu de récidive chez leurs malades. Mais, pour avoir des preuves irréfutables de la guérison définitive, il faudrait suivre les malades toute leur vie, et pratiquer, chez elles, des examens fréquents. C'est impossible. Pean, dans ses cliniques chirurgicales, en 1894, frappé de la récidivité de ces kystes hydatiques du bassin, ne croyait pas à leur guérison.

Il les assimilait, comme évolution, aux tumeurs malignes.

L'ablation du kyste peut n'être suivie d'aucun trouble dans l'état général de la malade.

Il arrive, cependant, qu'on observe, dans certain cas, deux sortes d'accidents post-opératoires.

Les uns, les plus bénins, se déclanchent aussitôt après l'intervention: ils constituent ce que Deve a appelé l'« *intoxication hydatique post-opératoire* ». Les autres, beaucoup plus à redouter, ne se manifestent qu'à la longue, ils forment ce qu'on appelle « *l'échinococcose secondaire post-opératoire* ».

L'intoxication hydatique de Deve doit être attribuée, à l'heure actuelle, à des phénomènes d'anaphylaxie hydatique. Chauffard et Boidin ont montré que tout sujet porteur d'un kyste hydatique peut être considéré comme anaphylactisé par les toxines hydatiques qui diffusent lentement de la poche kystique; toute péné-

tration de liquide hydatique dans une séreuse telle que le péritoine, capable de la résorber rapidement, pourra agir comme une véritable *injection déchaînante* et provoquer l'apparition des symptômes habituels du choc anaphylactique: lipothymies, dyspnée, vomissements, éruption généralisée d'urticaire. Ces phénomènes sont souvent discrets et rarement mortels.

Les *récidives post-opératoires* sont beaucoup plus fréquentes et, par suite, beaucoup plus à craindre. Elles sont dues, sans nul doute, à la rupture du kyste qui met en liberté dans le péritoine les vésicules-filles et les scolex, plutôt qu'à un minuscule kyste que l'on aurait laissé dans l'abdomen. Il est bien prouvé aujourd'hui que les vésicules-filles, véritables petits kystes en miniature et les scolex, ces minuscules petites têtes de tœnia, essaimés pendant l'opération, peuvent se développer au point où ils se sont fixés et donner naissance à autant de nouveaux kystes.

TRAITEMENT

Diagnostiquer un kyste hydatique du ligament large, c'est faire œuvre très utile; l'enlever, et surtout l'enlever correctement, c'est la seule chose qui compte pour la malade.

L'étude du traitement a retenu toute notre attention, et si nous l'exposons quelque peu en détail, c'est que nous croyons que la mise au point de cette question n'est pas encore faite, tellement nombreuses sont toujours les discussions entre les partisans des diverses techniques opératoires.

Nous diviserons cette étude en deux parties d'inégale importance. Nous consacrerons la première, qui sera la plus longue, à l'étude du traitement des kystes hydatiques intraligamentaires non compliqués, et la seconde à celle du traitement des kystes hydatiques compliqués, soit de suppuration, soit de fistulisation, soit, enfin, de grossesse.

Deve, dans la « Revue de Chirurgie » de janvier 1924, a écrit, à propos du traitement des kystes hydatiques du bassin, un chapitre auquel il n'y a actuellement rien à ajouter, tant sont claires, précises et indiscutables les directives qu'il donne au chirurgien qui se trouve en présence d'un kyste hydatique pelvien.

Nous nous inspirons, aussi, pour la rédaction de ce chapitre, du rapport de Forgue et Crousse sur l'« Inclusion intraligamentaire » et son traitement et nous faisons nôtres quelques-unes des indications opératoires que donne Carlos Chamorro-Benard dans son excellente thèse sur les « Indications de l'hystérectomie abdominale dans les kystes du ligament large ».

Terrillon, il y a 35 ans, disait que: « L'inclusion dans le ligament large est la plus grosse question de la chirurgie abdominale ». Peu de temps avant lui, le gynécologue allemand Kaltenbach considérait encore, dans certains cas seulement, il est vrai, la localisation d'une tumeur dans un ligament large comme une contre-indication opératoire.

De nos jours, un tel raisonnement n'est plus de mise et s'il est vrai que les maudites adhérences doivent encore réserver à l'opérateur des séances laborieuses, il n'en est pas moins vrai, aussi, que les progrès des techniques chirurgicales modernes ont singulièrement simplifié des interventions autrefois considérées, à juste titre, comme irréalisables.

Il est bien évident, comme le disent si justement Forgue et Crousse, que l'utilisation du *plan incliné* a été un des premiers progrès et non des moindres, qui ont permis au chirurgien d'y voir clair dans un pelvis en lui livrant un bassin vide d'anses intestinales.

En second lieu, *l'hystérectomie abdominale,* comme temps préliminaire ou complémentaire de l'ablation d'un kyste dont l'extirpation avait été impossible, a contribué grandement à faciliter la tâche de l'opérateur en lui permettant d'arriver d'emblée sur le plan de clivage, par dédoublement du ligament large, après section préalable du col utérin et du vagin.

« Ainsi, disent Forgue et Crousse, la position est prise à revers, de bas en haut, et le débloquement du pelvis est très facilité ». Avec Terrier et Quenu, ils ont été, ajoutent-ils, les premiers à systématiser, en pareil cas, cette hystérectomie préalable ou complémentaire; mais, continuent-ils, « il est juste de ne point oublier que c'est à l'esprit inventif de Doyen que nous devons cette idée technique, si féconde en applications, qui consiste à aborder, par en dessous, la décortication ligamentaire, en allant des plans décollables vers les zones fixes, ce qui simplifie et accélère le dégagement ».

La perfection de la péritonisation, dans les cas énucléables constitue la troisième amélioration technique.

A cela, il est bon d'ajouter que *la façon précoce dont, aujourd'hui, on diagnostique la présence d'un kyste dans un petit bassin,* évite désormais au chirurgien d'intervenir chez une malade porteur d'une tumeur énorme et adhérente, compliquant par sa taille et sa situation, une intervention déjà sérieuse elle-même.

Il faut, du point de vue pronostic opératoire, faire une distinction entre les kystes qui, nés primitivement

dans les ailerons de la zone supérieure, évoluent secondairement vers l'abdomen, et ceux qui restent enclavés dans la base du ligament large.

Alors que pour les premiers, l'intervention se fait dans le minimum de temps, et avec le minimum de dégâts, parce qu'elle relève de la même technique que celle qu'on applique pour enlever les kystes ovariques pédiculés, pour les seconds, au contraire, la fixation pelvienne de la masse, les larges décollements sous-séreux nécessaires à son ampliation, les modifications des rapports des organes pelviens et la difficulté pratique de son énucléation rendent l'opération parfois très laborieuse.

Après l'exposé de ces quelques généralités d'ordre théorique et pratique, nous allons passer en revue les diverses lignes de conduite à tenir en présence des différents cas cliniques qui peuvent se présenter.

Un fait domine l'étude du traitement des kystes hydatiques intraligamentaires, c'est qu'en présence d'un kyste de ce genre il faut intervenir, et, surtout, il faut intervenir *rapidement*.

Les quelques rares contre-indications dont bénéficient certaines opérations palliatives sont l'âge avancé, l'état général précaire, l'albuminurie ou le diabète.

I. - KYSTES HYDATIQUES INTRALIGAMENTAIRES NON COMPLIQUES

Les voies d'accès sur le kyste

Deux grandes voies d'accès s'affrontent: la voie haute *transpéritonéale,* représentée par la laparotomie sous-ombilicale et la voie basse *extrapéritonéale.*

Nous ne parlerons que pour mémoire des opérations par voie para-vulvaire ou para-rectale, très en faveur en Allemagne. Ces méthodes ne conviennent qu'à certains cas de kystes très bas situés dans le tissu cellulaire pelvien, et qui ne sont plus, à proprement parler, des tumeurs intraligamentaires.

Nous ne ferons que citer également la voie parapéritonéale, c'est-à-dire latérale et sous-séreuse, préconisée

par Polosson en 1893. Cette opération ingénieuse était permise à cette époque à cause de la « vieille crainte sacrée du péritoine », mais, à l'heure actuelle, il faut l'abandonner, car l'asepsie a fait des progrès tels qu'ils nous permettent de manipuler, sans grand danger, la séreuse péritonéale.

De la voie vaginale ou de la voie abdominale, laquelle faut-il préférer ?

La plupart des auteurs ont opéré leurs malades par voie haute, et c'est la voie haute, c'est-à-dire transpéritonéale qu'ils préconisent pour accéder sur le kyste.

Déjà, Boursier, en 1900, disait que « le traitement de choix de ces kystes est l'extirpation par la voie abdominale. C'est le traitement qui a été appliqué avec succès par Walther, par Pousson et par moi », ajoute-t-il.

Bogi, en 1920, donne toujours la voie abdominale comme la voie d'accès de choix pour l'ablation des kystes hydatiques intraligamentaires, à cause, dit-il, du mauvais accès du ligament large par voie vaginale.

Voici, enfin, ce qu'écrivait Deve en 1924, à propos du traitement des kystes pelviens non compliqués.

Ce qu'il disait alors s'applique admirablement au traitement des kystes hydatiques intraligamentaires. « Aujourd'hui, comme il y a 22 ans, et pour les mêmes raisons toujours valables, nous poserons en principe que la voie abdomino-péritonéale est celle qui doit toujours être employée d'emblée, à l'exclusion des diverses voies extra-péritonéales. Pourquoi ?

Parce que, *seule*, l'ouverture du péritoine permet:

1° De juger, du moins avec probabilité, de la nature primitive ou secondaire de la lésion pelvienne;

2° D'apprécier le nombre, l'étendue et le siège plus particulier des lésions parasitaires;

3° De pratiquer une ablation intégrale de ces lésions;

4° Enfin, de faire une opération régulière, aseptique, satisfaisante, qui supprime le drainage et permet la fermeture immédiate ».

Avant d'aborder l'étude des diverses techniques opératoires, disons, en commençant, qu'on ne devra, en aucun cas, traiter le kyste hydatique intraligamentaire par la ponction abdominale.

La ponction vaginale, avec ou sans aspiration, suivie ou non d'injection parasiticide, devra être également délaissée, car elle est très dangereuse et souvent impraticable, en raison du nombre parfois considérable de vésicules-filles.

L'ouverture large du kyste par colpotomie a encore quelques partisans; Chueco veut y voir la voie de choix pour les kystes solitaires, surtout chez les obèses, les tarées et les cardio-rénales qui supportent mal une opération aussi choquante que la laparotomie.

Quoiqu'il en soit, et comme Deve le recommande, c'est, en définitive, *par voie médiane, sous-ombilicale et transpéritonéale que sera abordée la tumeur intraligamentaire.*

Le vieil axiome des premiers ovariotomistes est, ici, parfaitement justifié: *en dépit des examens les plus précis, il faut s'attendre, dans ces interventions, à des accidents imprévus.*

Il peut se faire qu'au cours de l'opération, le chirurgien vienne à sectionner un uretère, à faire une excision partielle de la vessie ou une entérectomie involontaire.

Aussi ne devra-t-il jamais donner son premier coup de bistouri sans s'être assuré, au préalable, qu'il a à sa disposition une boîte renfermant le matériel nécessaire pour effectuer rapidement une suture urétérale ou une entéro-anastomose.

Du choix de l'anesthésique et de la qualité de l'anesthésie, générale bien entendu, dépendra, pour une part assez importante, la réussite de l'intervention.

Forgue et Crousse, s'appuyant sur une pratique de plus de vingt années, préconisent la rachianalgésie, car, disent-ils, « l'anesthésie rachidienne est la seule qui donne ce grand silence abdominal, cette déclivité permanente du grêle, ce vide du pelvis et cette parésie musculaire de la paroi ».

Deve insiste sur le fait que le *formolage*, temps opératoire préalable, devra être pratiqué avant qu'on ait tenté la moindre manœuvre sur les ligaments larges.

Lorsqu'on a affaire à des kystes fragiles, on peut avoir la désagréable surprise de les voir se rompre et déverser leur contenu sur les organes voisins.

Cependant, il y a deux cas où le formolage est inopérant:

1° Quand on se trouve en présence d'un contenu kystique multi-vésiculaire;

2° Quand il existe des vésicules-filles exogènes.

Dans le premier cas, il faudra protéger la cavité abdominale et le petit bassin à l'aide de grandes compresses abdominales et pratiquer un lavage du champ opératoire à l'éther.

« Cette pratique de l'éthérisation parasiticide, après dissémination échinococcique, dit Deve, constituerait, au point de vue de la prophylaxie de l'échinococcose secondaire, un précieux complément de l'injection parasiticide préalable, qui conserve toute son importance et toute sa valeur ».

La laparotomie une fois pratiquée, le chirurgien se trouvera devant deux alternatives dépendant de la constatation des lésions *in situ*.

Ou bien il conservera l'utérus et il ira droit sur le ligament large; ou bien il pratiquera une hystérectomie préliminaire lui permettant d'aborder la tumeur par voie rétrograde.

Premier cas. — *L'intervention est conservatrice; l'utérus n'est pas sacrifié*

Dans la très grosse majorité des cas, l'opérateur n'aura pas à faire d'hystérectomie.

Quatre procédés seront alors offerts à son choix :

1° L'énucléation ;

2° La décortication ;

3° La marsupialisation avec drainage ;

4° La réduction sans drainage.

a) *L'Enucléation :*

Sa technique est très simple.

A la surface du kyste, l'opérateur reconnaît vite la séreuse péritonéale de recouvrement.

Le procédé consiste à ouvrir le ligament large et à filer à la recherche du plan de clivage.

En général, parallèlement à la trompe étirée, chemine un paquet vasculaire constitué surtout par des veines

rendues turgescentes par la suractivité circulatoire du système utéro-ovarien.

C'est dans la zone avasculaire que devra porter l'incision.

Si l'évolution du kyste s'est faite surtout en arrière, vers les mésos, l'incision du péritoine pré-kystique doit être pratiquée parallèlement à l'anse intestinale adhérente, à quelque distance d'elle, sur le feuillet externe du mésocôlon iliaque à gauche, sur le feuillet inférieur du mésocoecum à droite, de façon à ménager les vaisseaux côliques.

Pour arriver sur le bon plan de clivage, il faut éviter de s'égarer dans l'épaisseur des tractus fibro-celluleux adventices unissant le kyste au feuillet interne du ligament large.

On est dans le bon espace, quand le décollement se fait régulièrement et sans à-coups.

Lorsqu'on est arrivé sur le sac fibreux du kyste, on incise avec précaution et on *extrait la vésicule-mère intacte.*

Deve qualifie ce procédé de « tour d'adresse inutilement périlleux, exposant à l'explosion de cette véritable *bombe à eau* sous tension qu'est la vésicule hydatique nue ».

b) *La Décortication :*

Elle consiste à enlever le kyste en bloc comme une tumeur (Veau).

Les complications opératoires auxquelles donne lieu une telle manœuvre sont si redoutables qu'en aucun cas le chirurgien ne devra la tenter.

Certains kystes ont pu être ainsi extraits sans incidents. Mais, à côté de ces quelques cas heureux, trop nombreux ont été ceux qui ont abouti à des désastres pour qu'une pareille technique puisse être employée.

Les hémorragies incoercibles, les perforations du rectum ou de la vessie sont presque toujours l'aboutissant fatal de la décortication. De plus, une telle manœuvre expose à la déchirure ou à l'éclatement du kyste.

c) *Le Drainage et la Marsupialisation :*

Dans certains cas, surtout si le kyste plonge très bas,

les adhérences sont telles que l'extirpation devient impossible.

Plusieurs éventualités sont alors à envisager :

1° S'il ne reste qu'une faible portion du kyste, on peut se contenter de refermer la paroi en laissant, dans la poche, un petit drain pendant quelques jours;

2° Si l'on est obligé de laisser une grande partie de la poche, faut-il marsupialiser?

Cette méthode entraîne une guérison très lente, au prix d'une longue suppuration, et laisse souvent une paroi affaiblie. Elle est, en outre, la signature d'une intervention incomplète.

d) *La Réduction de la poche, sans Drainage et après Formolage,*

constitue aujourd'hui, comme le disent Deve et Lejars, *l'opération de choix.*

Nous pensons que c'est avec avantage qu'on pourrait appliquer cette technique au traitement des kystes hydatiques intraligamentaires.

L'opérateur ne doit pas ignorer que la présence d'un kyste hydatique *solitaire* dans un ligament large, constitue somme toute, une affection assez bénigne. (Nous insistons sur le terme de *solitaire*, car l'épithète d'affection bénigne ne peut s'appliquer qu'à ce cas seulement).

Pourquoi vouloir traiter un pareil cas par une autre intervention dont le pronostic serait autrement sérieux que celui de la maladie elle-même?

En cas de kyste univésiculaire et de kyste unique, l'intervention est remarquablement simple, d'après Deve.

En cas de kyste multivésiculaire, elle réclame davantage de temps et de soin.

LES INCIDENTS OPERATOIRES

Hémorragies

La vascularisation du péritoine enveloppant le kyste est quelquefois telle qu'il est impossible d'inciser ou même de ponctionner le feuillet du ligament large sans être obligé de prendre les deux lèvres de la plaie dans une couronne de pinces ou dans deux larges clans.

Un moyen d'hémostase préventive, qui facilite l'abla-

tion du kyste, c'est de s'assurer d'abord des deux pédicules vasculaires : en dehors, le pédicule utéro-ovarien; en dedans, le confluent des gros sinus-veineux, vaisseaux utérins et utéro-ovariens.

Le danger vient, surtout, des riches plexus veineux qui serpentent au-dessus du plancher pelvien.

Lésions de l'Uretère

L'uretère, comme on l'a vu, est le gros écueil dans l'extirpation des kystes intraligamentaires.

Si la masse est volumineuse, si la loge de décortication saigne abondamment, quand on l'aura tentée, malgré les dangers auxquels elle expose, si le canal est collé au kyste, le risque de sa lésion n'est pas toujours évitable.

Un moyen de se prémunir contre l'imprévu de sa section c'est de le découvrir en amont de la tumeur.

Si l'uretère est sectionné, il s'agit de s'en apercevoir à temps pour tenter son abouchement dans la vessie selon l'un des nombreux procédés préconisés d'urétéro-néocystostomie. Si le conduit est sectionné à distance de la vessie, il faut pratiquer une urétérorraphie bout à bout, soit selon la technique de la suture artérielle circulaire, soit en utilisant le procédé d'invagination du bout supérieur dans l'inférieur. Proust et Buquet ont rapporté une application remarquable de ce procédé, amélioré par l'éversion de la muqueuse sur le bout supérieur et l'entropionnement du bout inférieur invaginant.

Les guérisons sont observées dans plus des 2/3 des cas.

Quelques-unes ont été constatées par le cathétérisme cystoscopique ultérieur (Perlis, Pauchet, Wertheim).

Bien souvent, malheureusement, la suture ne tient pas et on est alors obligé, dans un deuxième temps, de néphrectomiser sa malade.

Blessures de l'intestin

Il faut s'efforcer de suturer et d'enfouir la plaie produite. Il semble exagéré, dans les cas de simple dénudation intestinale un peu étendue, de pratiquer, de parti pris, l'entérectomie, comme l'ont proposé Berard et Patel.

Blessures de la vessie

Cet accident sera traité par la suture et la sonde à demeure. Son pronostic est bon, car la vessie est un organe essentiellement « complaisant ».

Deuxième cas. — *L'hystérectomie préliminaire a été jugée indispensable*

Il reste bien entendu qu'il ne peut s'agir, ici, que de l'hystérectomie première, et non de l'hystérectomie à laquelle on s'adresse en désespoir de cause, après avoir manœuvré le kyste et rendu le plan de clivage beaucoup plus difficile à trouver, s'exposant, par ces manœuvres, à léser des organes d'importance capitale.

Ce n'est qu'à cette condition qu'elle garde toute sa valeur technique, et pour cela, il faut éviter de vouloir s'en passer dans les cas difficiles. Michel et Hamant, par exemple, y eurent recours pour la malade de leur observation et ne purent que s'en féliciter.

On ne devra pas pratiquer l'hystérectomie dans les cas de kystes de petit volume et non adhérents.

Lorsqu'il existe un kyste dans chacun des ligaments larges, il est préférable de les enlever par l'hystérectomie systématique car, outre les difficultés techniques que l'on éprouve à faire leur ablation sans sacrifier l'utérus, il est vraisemblable que les annexes ne serviraient plus à grand chose, atrophiées qu'elles sont par la compression qu'elles subissent de la part des kystes. Deniker les compare aux testicules en ectopie.

L'hystérectomie sub-totale est indiquée :

1° En cas de kyste unilatéral et de gros volume, englobant l'utérus;

2° En cas de kyste unilatéral, de quelque volume qu'il soit, et même s'il n'est pas adhérent, compliqué d'annexite du côté opposé, de lésions utérines ou périutérines.

L'hystérectomie totale est indiquée :

En cas de kyste suppuré, rompu au cours de l'intervention.

Quelle que soit la position du kyste, à évolution laté-

rale, antérieure ou postérieure, Rochard a pour principe de s'attaquer d'abord au col utérin.

L'opération comprend deux temps principaux :

Premier temps. — Section du col utérin

C'est le procédé américain de Kelly qui sera utilisé, complété par l'exécution du premier temps de la décollation antérieure de De Martel.

Après la section des pédicules, on pratique celle du col.

La main correspondant au côté sain va le reconnaître.

Une pince en cœur, amarrée aux annexes, permettra à l'aide de faire la traction tandis que le chirurgien, guidé sur la main profonde, et pendant que celle-ci écartera les deux feuillets du ligament large pour les éloigner du bord du col, va, de la main droite, placer la pince à utérine sur l'artère de ce côté. Lorsque celle-ci a été mise en place, on sectionne le col, en limitant les branches des ciseaux avec la main profonde afin de ne pas perforer le kyste.

Deuxième temps. — Clivage du kyste

Après la section du col, on saisit l'utérus au niveau de sa tranche cervicale avec une pince de Museux et on le fait basculer en la tirant vers le haut. On va, alors, à la recherche du plan de clivage qui sera ainsi beaucoup plus facile à trouver en l'attaquant de bas en haut, et les manœuvres seront beaucoup plus aisées parce que la bascule de l'utérus aura fait de la place.

En cas de kystes bilatéraux de gros volume, la meilleure méthode de traitement à leur appliquer est l'hystérectomie par hémi-section de J.-L. Faure, décrite en détail dans le « Traité de Gynécologie » de J.-L. Faure et Siredey.

L'utérus est sectionné en son milieu. Cette section se fera aux ciseaux droits. Arrivé au niveau de la cavité cervicale, on remplacera les ciseaux droits par des ciseaux courbes et l'on sectionnera les deux moitiés du col de dedans en dehors, en plaçant une pince sur l'artère utérine de chaque côté avant de la sectionner. Puis on entreprendra le clivage du kyste.

II - KYSTES HYDATIQUES INTRALIGAMENTAIRES COMPLIQUES

Kystes hydatiques suppurés

Nous serons bref sur ce point, car le kyste sera alors assimilé à une banale collection qu'il s'agira d'ouvrir sans passer par le péritoine.

Le seul traitement qui s'impose est le drainage. Les différentes techniques de drainage par voie extrapéritonéale trouvent ici leur application et sont laissées au choix de l'opérateur.

La plus simple est évidemment la colpotomie.

Nous n'avons pas à insister sur cette opération anodine que l'on voit fréquemment effectuer dans les services hospitaliers.

Kystes hydatiques fistulisés dans le rectum et dans la vessie

Dans le premier cas, c'est par voie périnéale, dans le second cas c'est par voie transvésicale qu'on interviendra en réduisant l'opération au strict minimum.

Comme l'indique Deve, si la poche est de petite taille, on se contentera de la drainer à travers la brèche vésicale.

Si sa taille est importante, il sera indiqué de recourir à une contre-ouverture périnéale.

Kystes hydatiques coexistant avec une grossesse

Il vaudrait, évidemment mieux, ne pas attendre que la grossesse soit près du terme pour intervenir. Néanmoins, lorsque le volume du kyste gêne l'accommodation et la descente de l'ovoïde fœtal, il faudra recourir soit à l'opération césarienne, soit à la ponction vaginale.

Pour éviter les risques de contamination, il sera bon de pratiquer la césarienne supra-symphysaire.

Quant à la ponction évacuatrice, elle sera faite par le vagin et répétée autant de fois que l'on sentira, au toucher, de masses kystiques.

D'ailleurs, les suites de couches une fois passées, il faudra intervenir par voie haute chez ces malades pour les mettre à l'abri de nouvelles complications d'ordre obstétrical.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

E. Cabanes (in « Bulletin de la Société d'Obs. et de Gyn. de Paris »)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

Il s'agit d'une femme de 42 ans, opérée alors qu'elle était grosse de son unique enfant, d'un fibrome qui gênait l'adaptation fœtale (myomectomie: Dr. Fuster, 1909). Opérée en 1913, une seconde fois, pour myomes multiples, (hystérectomie subtotale: Dr. Moggi).

Elle rentre en 1930, à l'hôpital Parnet, pour une tumeur perceptible depuis quatre ans, hypogastrique et qui déborde la symphyse pubienne, tumeur longtemps indolore (pendant trois ans environ) puis provoquant des tiraillements lombo-abdominaux, de grandes douleurs pelviennes continuelles à irradiations sciatiques et crurales, accompagnées de douleurs vésico-urétrales, de dyspepsie, de constipation opiniâtre. Depuis quatre mois, la malade maigrit considérablement, est très anémiée, cachectisée.

A la simple palpation, on dirait de cette tumeur médiane, qu'elle a les dimensions d'une grossesse de cinq mois, mais elle emplit le pelvis. Rénitente et mate, elle remplit le Douglas; adhérente au moignon du col utérin, elle comprime le rectum; elle descend très dure sur la paroi latérale du vagin, très bas.

En présence de cette tumeur, inégale dans sa consistance, à grosses tubérosités, nous pensons à une dégénérescence sarcomateuse du reliquat des tumeurs anciennes enlevées (et en l'absence de renseignements de laboratoire).

Intervention le 4 juin 1930. — Ether. Laparotomie médiane. On voit immédiatement après avoir ouvert l'abdomen, sous l'épiploon et les anses du grêle agglutinées, qu'on a affaire à une tumeur kystique. Déblayage du champ opératoire. Accès sur la paroi du kyste très épaisse, jaunâtre. Ponction à la seringue: liquide eau de roche et aspiration électrique vite inopérante. On évacue environ quatre litres de vésicules-filles flétries ou intactes. Formolisation. Ablation de la germinative.

On essaie de réséquer l'adventice, péniblement sur la face postéro-supérieure de la vessie qui adhère intimement, avec facilité sur le rectum.

L'ablation est très dure à mener sur le plancher pelvien, bien que nous ayons isolé l'uretère gauche qui croisait la face supéro-latérale du kyste.

Elle devient impossible à un niveau inférieur au col utérin, sur une surface égale à une pièce de cinq francs. Dans ces manœuvres, en déplaçant, sous les champs, une pince placée latéralement sur l'uretère minutieusement disséqué et mis de côté, nous le déchirons sur quatre centimètres de long. Il était moniliforme, fibrosé, fragile. La déchirure siège à dix centimètres de la vessie; elle nous paraît irréparable. Double ligature.

A cause de l'énorme surface cruentée intraligamentaire et aussi de cet accident: Mikulicz. Au douzième jour, présence d'urine dans la plaie. Néphrectomie. La malade sort, guérie, le 24 août, en bonne santé, complètement transformée.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance du Docteur Aboulker)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit

Femme européenne de 28 ans, qui vient consulter pour des troubles urinaires et pour une coccydinie très douloureuse et intermittente.

Cette jeune femme n'a jamais eu d'enfant.

Elle présente de la leucorrhée avant et après ses règles.

Les troubles urinaires s'exagèrent au moment de ses menstrues et consistent en polyurie diurne et en dysurie. Ils augmentent d'intensité avec la fatigue et avec le froid. Au moment des règles, la malade affirme uriner du sang à la fin de la miction.

Au moment de l'examen de cette femme, anémiée, au teint transparent, d'un poids inférieur à sa taille, nous constatons en examinant l'abdomen, une tuméfaction sur la ligne médiane, faisant penser à une grossesse de quatre mois. On note, aussi, la présence d'une circulation collatérale supplémentaire du côté droit de l'abdomen et de la racine du membre du même côté. Le ventre est creusé en bateau, par suite de l'émaciation de cette jeune femme et on découvre une tumeur, sur la ligne médiane.

L'examen génital montra la vacuité de l'utérus qui est déjeté vers le côté gauche, contre la paroi pelvienne. L'utérus est mobile, mais il n'est guère possible de le ramener de gauche à droite, fixé qu'il est par une masse arrondie, plaquée dans le petit bassin, du côté droit.

Cette tumeur, à caractère liquidien, ne fait pas penser à un kyste dermoïde, mais à une tumeur incluse dans le ligament large droit.

Un examen cystoscopique ne montre aucune altération de la muqueuse vésicale.

L'uretère droit éjacule avec moins de force que l'uretère gauche.

Un examen des urines, après leur séparation, montre, qu'à droite et à gauche, elles ont les mêmes caractères physiques et chimiques.

On pose le *diagnostic* de kyste de l'organe de Rosenmüller inclus dans le ligament large droit et ayant déterminé un déplacement de l'utérus à gauche.

Intervention. Incision médiane sous-ombilicale. Utérus plaqué, comme il avait été indiqué, avec trompes et ovaires parfaitement sains.

La tumeur, qui remplit le petit bassin, a décollé le ligament large droit, dans lequel elle est incluse, avec le péritoine en parfait état d'intégrité. Sur l'axe de la tumeur, on décolle le péritoire et on ponctionne. Il s'écoule un liquide transparent, eau de roche, avec des vésicules qui montrent qu'il s'agit d'un kyste hydatique développé dans le tissu cellulaire de la base du ligament large et ayant décollé le péritoine.

On enlève la membrane-mère et on marsupialise, après formolisation de la poche.

D'autres vésicules ont été éliminées secondairement, qui provenaient, peut-être, de ce kyste.

La malade vit ses phénomènes urinaires dysuriques disparaître. Revue 10 ans après l'intervention, elle ne présentait de récidive d'aucun autre organe.

Remarque. Il s'agit là d'un kyste primitif, développé par voie sanguine.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance du Docteur Aboulker)

Kyste hydatique secondaire du ligament large droit

Jeune fille de 24 ans; se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit depuis deux ans environ.

Soignée pour des coliques hépatiques et de la congestion du foie, elle m'est adressée pour tumeur du foie.

Cette jeune fille ne présente pas de troubles digestifs, mais seulement, à l'occasion de l'ingestion de certains aliments, elle présente des poussées d'urticaire.

Soumise à un régime sévère, elle s'amaigrit, bien que les poussées d'urticaire persistent.

Les épreuves sur le fonctionnement du foie ne montrent aucune atteinte de cet organe, mais un examen plus attentif permet de sentir une tumeur sous la masse hépatique, presque au contact du rein droit. Réactions de laboratoire, pour la recherche de l'échinococcose, négatives, sauf une éosinophilie à 6 %.

Intervention. Incision transversale de l'abdomen qui montre, en dehors de la vésicule, au niveau du bord postérieur du foie, un kyste appendu sous le foie, qui est extrait, en entier, sans être ouvert.

L'exploration de la glande hépatique et des ponctions en différentes directions ne montrent pas l'existence d'autres kystes. Suites normales.

Huit mois après, nous sommes consulté pour une tumeur siégeant dans la région hypogastrique, indolore, grossissant lentement et déterminant des troubles dysuriques.

Rien du côté génital.

Intervention. Incision médiane sous-ombilicale. Ponction et injection d'arsénobenzol dans le kyste, situé à l'insertion du ligament large droit et de l'utérus.

Ce kyste, évacué, nous montre un deuxième kyste, plus volumineux, garnissant tout le Douglas. Il est ponctionné, traité à l'arsénobenzol et fermé totalement, après ablation de la membrane-mère.

Remarque. Ces deux kystes étaient intra-péritonéaux et ne correspondaient ni avec le tissu cellulaire du ligament large, ni avec celui du petit bassin.

Ils semblaient être dus à une échinococcose secondaire, par greffe, peut-être par irruption de liquide ou de vésicules, au cours de la première intervention.

Revue cette année, cette malade présente une récidive dans le bassin. On ne trouve rien dans le grand épiploon, ni, par ailleurs, dans le foie ou dans les poumons.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance des Docteurs Vincent, Duboucher, Vergoz)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit

Cette observation remonte à l'année 1920 et concerne une malade opérée à cette époque, dans son service, par le Professeur Vincent.

Malade âgée de 25 ans qui, jusque là, n'avait eu aucun passé pathologique, et, en particulier, n'avait présenté aucun des signes de l'intoxication hydatique.

Brusquement, en pleine nuit, elle est prise de douleurs gastriques assez violentes avec vomissements. On l'examine aussitôt. La palpation abdominale ne révèle rien d'anormal. Le ventre est souple, sans la moindre contracture sus-ombilicale et, c'est tout à fait par hasard, qu'un examen complet permet de déceler les signes génitaux suivants: le toucher vaginal laisse percevoir, sur la paroi latérale droite du vagin, une tumeur liquidienne qui refoule la paroi droite de ce conduit et descend, par son pôle inférieur, jusqu'à la vulve. Cette tumeur remonte très haut,

jusqu'au cul-de-sac latéral droit où le toucher vaginal la perd. La palpation bi-manuelle ne permet pas de trouver le pôle supérieur. L'utérus est en latéroposition gauche.

Diagnostic: kyste du ligament large.

Intervention sous anesthésie générale. Opérateur: Professeur Vincent; Aide: Docteur Duboucher, Chef de Clinique.

Incision médiale sous-ombilicale. Le ligament large droit est surélevé, dans toute son étendue, avec étirement de ses éléments, par une vaste tumeur qui représente le pôle supérieur de celle perçue par le toucher vaginal.

La ponction de la tumeur donne issue à un liquide eau de roche caractéristique, qui fait poser le diagnostic de kyste hydatique du bassin. Formolage. Extirpation de la membrane-mère. Fermeture.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie. On l'examine avant son départ, sous l'écran, et on ne découvre aucun kyste hydatique dans le foie.

Revue il y a quelques jours, la malade ne présente aucune récidive.

OBSERVATION V

Schatz (in Thèse de Gau)

Kyste hydatique primitif et suppuré du ligament large droit

Femme de 28 ans. Depuis sept mois, quelques jours avant la fin d'une époque, survint, dans le ventre, une douleur accompagnée de forts tiraillements dans le côté gauche. Sensation de pesanteur, tantôt à droite, tantôt à gauche. Miction difficile, douloureuse, besoin d'uriner fréquent. Utérus légèrement infléchi en arrière. On rencontre, à droite de l'utérus, une tumeur qui est séparée nettement, par un sillon circulaire, des parois du bassin, et qui n'est isolée de l'utérus que par un sillon peu profond. Cette tumeur, du volume de deux pommes, est placée de telle façon que les deux moitiés qui représentent ces sortes de pommes séparées par un sillon, se sentent l'une derrière l'autre. Au palper abdominal, même sensation.

L'auteur porta *le diagnostic* de kyste hydatique, se rappelant un cas analogue recueilli à la Clinique de Leipzig.

Quelques jours après son entrée, la malade fut prise de fièvre. Les deux moitiés se fondirent en une seule tumeur; on fit une ponction; on tira un liquide séro-purulent, et on fit une injection d'acide phénique.

Péritonite. Mort.

Autopsie. Pleurésie double. Péritonite suppurée généralisée. A droite de l'utérus, le péritoine avait un aspect opaque, blanchâtre, faisant une saillie du volume du poing, et, dans cette région, il existait une perte de substance de l'étendue de deux

thalers, à travers laquelle il était facile de pénétrer dans le vagin. Cette partie saillante et soulevée par le péritoine répondait à une cavité située à droite de l'utérus, et derrière laquelle, à droite et en haut, se trouvaient la trompe et l'ovaire. En arrière de cette cavité, à l'intérieur du péritoine, se trouvait au milieu d'un exsudat gélatiniforme, un kyste à échinocoques très net.

OBSERVATION VI

MURCHISON (in Thèse de MASSERON)

Kyste hydatique secondaire du ligament large

Mary H., 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Thomas, le 25 septembre 1873. Il y a quatre ans, elle a constaté la présence d'une tumeur dans l'hypocondre droit qui augmenta rapidement de volume. Il y a un an, mêmes constatations au niveau des régions ombilicale et inguinale droite. Œdème des membres inférieurs, dyspnée et amaigrissement.

A son entrée à l'hôpital, on constate que l'abdomen est très augmenté de volume. On perçoit, à la palpation, des tumeurs au niveau des région épigastrique, ombilicale et inguinale droite et deux tumeurs au niveau de la région iliaque gauche.

Le 20 octobre, ponction de la tumeur la plus grosse; on retire trois pintes de liquide clair, alcalin et dont la densité est de 1010.

Le 13 novembre, nouvelle ponction, suivie de l'ouverture du kyste et de sa marsupialisation.

Mort le 15 novembre.

Autopsie. Foie énorme, refoulé vers le bas par un énorme kyste qui siège sur sa face supérieure et qui avait été intéressé par la ponction.

Il contenait une grosse vésicule hydatique épaisse et gélatineuse. Derrière ce kyste, il en existait un autre, à parois plus épaisses, et qui avait été également intéressé par la ponction. On découvrit un troisième kyste, fixé à la face inférieure du lobe gauche du foie.

Nombreux kystes sur le péritoine. Deux kystes sur le rein droit. Six ou sept kystes étaient fixés au grand épiploon. Deux étaient situés au niveau de l'utérus (fond), et dans un ligament large.

OBSERVATION VII

LAWSON-TAIT-ANNIE CLARK (in « Traité des maladies des femmes »)

Kyste hydatique du ligament large gauche

Jeune femme de 30 ans, mariée, chez laquelle on avait porté *le diagnostic* probable de kyste du ligament large.

Après incision de la capsule, il s'écoule plusieurs litres d'hydatides, de vulgaires échinocoques.

La tumeur était exactement limitée au ligament large gauche, repoussait l'utérus à droite et occupait toute la cavité pelvienne et une bonne partie de l'abdomen. Les bords de la poche furent suturés à la paroi abdominale et un drain de verre laissé à demeure. Pendant plusieurs jours, les hydatides continuèrent à être évacuées par le drain, qui put être retiré le dixième jour.

La malade rentra chez elle, complètement guérie, le 4 avril.

OBSERVATION VIII

Clado-Rendu (in Thèse de Moneger)

Kystes hydatiques secondaires des ligaments larges droit et gauche

L'auteur présente, à la Société Anatomique, des pièces provenant d'une malade morte dans le service de M. Rendu, à l'hôpital Necker.

On a trouvé de nombreux kystes hydatiques dans le foie, dans l'épiploon, dans le petit bassin.

Les hydatides de l'épiploon, au nombre d'une vingtaine, ne présentant aucune adhérence soit entre elles, soit avec les organes avoisinants, sont recouvertes sur leurs deux faces, par la séreuse péritonéale, ce qui montre bien qu'elles se sont développées dans l'épaisseur même des lames épiploïques.

Celles de l'excavation sont toutes placées sous le péritoine et facilement énucléables, une entre la vessie et l'utérus, deux entre l'utérus et le rectum, trois à gauche et deux à droite dans l'épaisseur des ligaments larges. L'utérus et ses annexes n'offrent aucune altération. Il en est de même de la vessie qui, sauf un peu de congestion du trigone, normal d'ailleurs, est dans un état parfait de conversation.

OBSERVATION IX

Potocki-Siredey (in Thèse de Moneger)

Kyste hydatique secondaire suppuré du ligament large gauche

C... Félicie, ménagère, âgée de 28 ans, entre le 24 juin 1885, dans le service de M. Siredey.

Depuis l'âge de 16 ans, règles très douloureuses mais normales quant à leur durée et à leur apparition.

De 21 à 25 ans, suppression des règles.

En 1883, deux crises de pelvi-péritonite, à la suite desquelles on pose *le diagnostic* de fibrome utérin.

En 1884, nouvelle poussée de péritonite. Même diagnostic.

En 1885, quatrième poussée de péritonite. On fait, cette fois, le *diagnostic* de tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Cinquième crise abdominale à la fin de l'année.

La malade est amaigrie. Œdème bi-malléolaire. Miction fréquente. Suppression des règles depuis le mois de novembre. Sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur dure, fibreuse, non bosselée. A gauche, on perçoit, aussi, une petite tumeur grosse comme un œuf de poule, très mobile. Par le toucher vaginal, on constate que le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur arrondie, lisse, régulière, et dure. Ponction par cette voie. Issue de 1.700 grammes de liquide incolore, renfermant un grand nombre d'échinocoques et de crochets. Affaissement de la masse perçue dans le cul-de-sac postérieur.

Deux jours après, aggravation de l'état général. Le vagin est rempli par une tumeur bombant à l'endroit de la première. Incision: issue d'une quantité considérable de membranes, d'odeur fétide. Mort de la malade le lendemain.

Autopsie. Trois kystes sur le grand épiploon. Un au-dessous du bord antérieur du foie, un en son centre, un autre au niveau de sa face inférieure. Nombreux petits kystes sur l'épiploon. On trouve un kyste hydatique dans l'aileron postérieur du ligament large gauche.

A droite de l'utérus, présence d'une grappe composée de 4 kystes; sur la paroi antéro-externe du plus antérieur, se trouve l'ovaire qu'on détache facilement sans déchirure.

OBSERVATION X

DUMONT-DUDON (in Thèse de DE LAVIGNE SAINTE-SUZANNE)

Kystes hydatiques secondaires des ligaments larges

M. DUMONT présente, à la Société d'Anatomie, une masse colossale de kystes hydatiques provenant de l'autopsie d'une femme morte dernièrement dans le service de M. DUDON, à l'âge de 39 ans. La malade, depuis quatre ou cinq ans, avait remarqué le développement d'une tumeur dans son hypocondre droit.

Progressivement, sans douleurs vives, toutes la cavité abdominale était envahie et le ventre présentait un volume considérable.

On diagnostiqua un kyste de l'ovaire, et l'on entreprit l'ovariotomie. A l'incision abdominale, une quantité innombrable de petits kystes jaillit entre les mains de l'opérateur.

C'étaient des kystes hydatiques occupant l'abdomen tout entier et semblant développés surtout aux dépens de l'épiploon. Ils englobaient l'utérus, les ligaments larges et la naissance du vagin dans une masse informe où l'on ne distinguait ni les

ovaires, ni les trompes. Le diaphragme était à peu près détruit, le cœur refoulé à gauche par des kystes abondamment développés dans la plèvre droite et le médiastin.

La malade, très affaiblie, succombe peu après l'opération.

OBSERVATION XI

Aime Guinard-Verneuil (in Thèse de De Lavigne Ste-Suzanne)

Kyste hydatique secondaire du ligament large gauche, fistulisé dans l'intestin

G..., 25 ans, domestique. Entre dans le service de M. Verneuil, pour une soi-disant coxalgie.

Membre droit en abduction et rotation en dehors. Cuisse fléchie sur le bassin.

Douleurs dans le ventre. On constate une tumeur lisse et M. Verneuil *diagnostique* un kyste hydatique du foie.

Chloroformisation. On arrange le membre.

Ponction dans le ventre: issue d'un liquide clair, contenant des échinocoques. La malade semblait guérie, mais on s'aperçoit, quelques jours plus tard, qu'il y avait communication entre la poche et l'intestin.

Mort.

Autopsie. Foie énorme, contenant quatre tumeurs, dont l'une s'ouvrait dans l'intestin, à cinq centimètres du point où l'iléon s'abouche dans le cœcum. Un autre kyste, dans l'épiploon gastro-splénique. Un kyste de la grosseur d'une noix, dans le ligament large gauche; trois autres dans le petit bassin.

OBSERVATION XII

Meier Sonntag-Kaltenbach (in Thèse de Dermigny)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

Femme de 38 ans, mère de 7 enfants, entre le 19 juillet 1889 à la Clinique du Professeur Kaltenbach. Depuis sept semaines, douleurs vives à gauche, frissons répétés, constipation opiniâtre.

Femme bien constituée. Le quadrant inférieur et gauche de l'abdomen est occupé par une tumeur rénitente et élastique. Col utérin petit; utérus repoussé vers le haut, antéfléchi légèrement et dévié à gauche. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, tendue et fluctuante, abaisse profondément le cul-de-sac postérieur et semble appliquée contre la face postérieure du col. Par le toucher rectal, on sent, dans le Douglas, une tumeur fluctuante et immobile.

Diagnostic. Kyste ovarique avec torsion du pédicule ou kyste para-ovarien.

Intervention le 25 juillet. Tumeur solidement fixée dans le petit bassin. Sauf sur le sommet, où elle en est dépourvue, par-

tout ailleurs la tumeur est recouverte par la séreuse **péritonéale.**

Enucléation pénible. Clivage des adhérences, après ponction de la tumeur pour en diminuer le volume.

On reconnaît, alors, que la tumeur a refoulé le feuillet postérieur du ligament large gauche, le péritoine du cul-de-sac de Douglas, celui de l'utérus et du rectum. Ces revêtements séreux forment l'enveloppe externe de la tumeur. Après ablation du kyste, on voit, en effet, que le péritoine manque sur le rectum et sur presque toute la face postérieure de l'utérus. Une partie du feuillet postérieur du ligament large a disparu.

Les annexes droites sont enlevées. A gauche, on extirpe la trompe; l'ovaire est laissé en place.

Réunion par première intention. Le 17 août, guérie, la malade quitte la clinique.

OBSERVATION XIII

Martin (in Mémoire de Doléris)

Kystes hydatiques secondaires des ligaments larges

Fille de 26 ans. Masses multiples sous-péritonéales, abdomino-pelviennes, engagées entre le rectum, le vagin et les feuillets des ligaments larges.

Kystes épiploïques et mésentériques. Organes génitaux absolument sains.

Laparotomie. Mort tardive, subite.

A l'autopsie, on trouve deux kystes hydatiques du foie.

OBSERVATION XIV

Bantock (in Mémoire de Doleris)

Kystes hydatiques secondaires des ligaments larges

Femme de 24 ans.

On fit *le diagnostic* de kyste ovarique droit.

A l'intervention, on trouva un kyste dans le foie et des kystes épars sur l'utérus et à l'intérieur des ligaments larges.

OBSERVATION XV

Doleris (in Mémoire de Doleris)

Kyste hydatique primitif suppuré du ligament large gauche

En 1889, j'ai opéré une femme d'une quarantaine d'années, pour une tumeur du ligament large gauche, du volume d'une grosse pomme.

La paroi de cette tumeur, épaisse, nacrée, avait la structure des kystes hydatiques. Le contenu était louche, puriforme, bien que la malade n'eût présenté aucun signe de suppuration.

La structure était striée et caractéristique. La poche se pro-

longeait vers le vagin et avait décollé, en partie, le septum utéro-vaginal.

L'énucléation en fut fort aisée et se fit avec l'index sans aucun effort. Il n'existait pas de pédicule. La malade guérit complètement.

OBSERVATION XVI

BLAND SUTTON et CULLINGWORTH (in Mémoire de DOLERIS)

Kyste hydatique dégénéré du ligament large gauche envoyant un prolongement dans le ligament large droit

Femme de 23 ans venue consulter CULLINGWORTH pour une tumeur abdominale. Elle se croyait enceinte. Tumeur à peu près sphéroïdale, s'étendant, à égale distance, de la symphyse pubienne et de l'appendice xiphoïde. La tumeur était fluctuante et il existait un bruit de souffle synchrone au pouls dans la région iliaque gauche. Un matin, en s'asseyant sur son lit brusquement, elle fut prise d'une violente douleur abdominale et l'abdomen diminua subitement de volume.

Intervention. L'utérus, ou ce qui semblait être l'utérus, était distendu comme dans une grossesse de cinq mois. La femme mourut onze jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un utérus de volume normal, et ce qu'on avait pris pour lui était un sac à parois épaisses, contenant l'utérus inclus dans sa paroi antérieure.

Le sac fut sectionné et il laissa s'échapper un liquide gélatineux, épais, opalescent, avec des membranes parcheminées.

Le kyste avait séparé entièrement les feuillets du ligament large gauche et pénétré dans la partie inférieure du ligament large droit.

On vit qu'il s'agissait d'un kyste hydatique dégénéré ou stérile du ligament large.

OBSERVATION XVII

DOLERIS (in Thèse de BENOÎT)

Volumineux kyste hydatique primitif des ligaments larges

Mme J..., âgée de 36 ans, a été réglée à 12 ans.

A l'âge de 17 ans, elle souffrit de l'abdomen.

Elle se marie à 24 ans avec un boucher. On manipule chez elle un nombre considérable de veaux et de moutons; il y a deux chiens bull-dogs à la maison.

Vers la fin de la première année de son mariage, elle fut prise de violentes douleurs abdominales qui l'obligèrent à se coucher.

Au bout de quelques mois apparurent de la constipation et de la dysurie.

D..., de Pau, lui découvre une tumeur, il y a 8 ans environ

et, en raison de ses pertes mensuelles abondantes, il lui administre du seigle ergoté. La malade maigrit considérablement et elle constate une diminution de ses règles.

Jusqu'au moment où Doleris l'examina, la malade fut vue par de nombreux médecins qui posèrent, chacun, un diagnostic différent.

Doleris trouva un cul-de-sac de Douglas déprimé vers le vagin et rempli par une tumeur dure, rénitente et assez régulière.

Du côté du ventre, présence d'une tumeur irrégulière, remplissant le bassin et remontant jusqu'à l'épigastre, donnant l'impression d'un utérus gravide de sept mois environ.

Diagnostic: Fibrome multinodulaire.

Intervention le 24 *mars* 1896. Adhérences entre le tablier épiploïque et la tumeur qui est d'une exploration extrêmement pénible: il y a des adhérences partout.

On les dissèque et on les incise une à une au bistouri et au thermocautère.

Le dégagement s'opère, alors, avec moins de difficulté et on désinsère la masse dont les lobes étaient plus particulièrement logés dans l'épaisseur des ligaments larges.

L'utérus est recouvert en totalité par le néoplasme et il faut l'en séparer lentement et minutieusement, surtout en arrière.

Hystérectomie. La vessie, complètement déviée vers la gauche, se trouve disséquée, entièrement séparée de ses attaches pelviennes; elle retombe au fond du bassin. On la remet en place aussi exactement que possible et on la suture circulairement à la paroi pelvienne au moyen d'un long surjet de catgut.

La tumeur ressemble, assez bien, à un amas d'anses intestinales très distendues. Elle pèse deux kilogs et elle est remplie de vésicules hydatiques.

On perçoit, à merveille, le frémissement hydatique.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XVIII

Tissier et Desfosses (in Thèse de Benoît)

Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans. Généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère, des ligaments larges et de l'utérus. Grossesse évoluant jusqu'au terme. Rupture utérine. Mort.

Femme P..., primipare de 36 ans; en 1879, elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière, pour un kyste hydatique du foie qui se serait brusquement rompu. Le rétablissement fut rapide.

Devenue enceinte dans les premiers jours du mois de mai 1895, cette femme vit sa grossesse évoluer sans complication. Début du travail le 24 décembre.

Arrêt de celui-ci le 25. Le 26, la malade est transportée à

l'hôpital Saint-Louis. La tête reste élevée. Devant l'état général mauvais de la malade, on tente une application de forceps pour terminer rapidement l'accouchement. Celle-ci échoue. Version et extraction, tête dernière, d'un enfant mort.

Un main introduite dans le vagin, remonte dans l'abdomen où elle perçoit une multitude de bosselures arrondies. Le diagnostic de rupture utérine est posé. Une des tumeurs, attirée à la vulve et sectionnée après ligature du pédicule, est incisée: son contenu est composé d'un grand nombre de vésicules affaissées, avec très peu de liquide. On fait le *diagnostic* de kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale avec dégénérescence utérine et rupture de la matrice, au cours du travail, datant de 18 à 20 heures. Le Docteur Bar, mandé d'urgence, ne peut qu'assister à l'agonie et à la mort de la malade.

Autopsie. Nombreux kystes dans le grand épiploon. Un kyste est situé sur le fond utérin.

Dans l'épaisseur du ligament large gauche, un kyste plus gros, des dimensions d'un poing d'adulte, soulève les ailerons et écarte les feuillets séreux.

Un autre kyste est découvert dans le cul-de-sac de Douglas.

Sur le côté droit, l'utérus est fendu, de haut en bas, par une large déchirure verticale qui va de l'insertion de la trompe au cul-de-sac vaginal.

Les deux feuillets du ligament large, de ce côté, sont effondrés au niveau de leur attache, avec le bord utérin: il ne reste qu'une bride, en haut, constituée par le ligament rond et le ligament ovarien.

Il existe encore d'autres kystes hydatiques sur la fosse iliaque interne.

Le foie, très déformé, porte à sa face inférieure, un kyste gros comme une tête d'adulte; nous ne trouvons pas la cicatrice du kyste qui se serait rompu en 1879.

Les reins, normaux d'apparence, pèsent 140 grammes chacun, le cœur 260 grammes; l'enfant pesait 3.190 grammes et le placenta 520 grammes.

OBSERVATION XIX

Boursier (in « La Gynécologie »)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

B..., petite bossue, 47 ans, ayant eu six grossesses, dont cinq accouchements à terme. A la suite, un peu de métrite, et dès 1890, des signes de prolapsus au début avec quelques troubles urinaires. En 1898, après la ménopause, Mme B... éprouve des douleurs vives dans les parties inférieures du flanc gauche et dans les reins. Exaspérées d'abord par la marche et la fatigue, ces douleurs deviennent continues et troublent le sommeil.

Elle amènent la malade à la consultation gynécologique de la Faculté, puis à l'hôpital. Nous trouvons, à l'examen, une tumeur lisse, arrondie, située dans la partie inférieure gauche du ventre et dans le bassin, élastique et rénitente; elle refoule à droite et en arrière l'utérus qui reste indépendant. Elle est mobile; un peu versible.

On diagnostique un kyste inclus du ligament large.

Intervention le 10 *octobre* 1899. Laparotomie. On trouve une tumeur kystique incluse dans le ligament large; mais, pendant la décortication, la poche se rompt, laisse écouler environ 500 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche, et une membrane blanche, amorphe, manifestement hydatique. La décortication est très facile; les suites opératoires les plus simples. La malade quitte l'hôpital, guérie. L'examen histologique, fait par Sabrazes au laboratoire des Cliniques, confirme la nature hydatique de la tumeur.

OBSERVATION XX

Pousson (in « La Gynécologie »)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

Femme T..., de 33 ans, qui entre dans le service de Pousson en novembre 1899 pour des rétentions d'urine répétées. Elle a eu 5 enfants. Depuis 1893, elle a présenté, à plusieurs reprises, des accidents de rétention urinaire, toujours terminés spontanément sans cathétérisme. En août 1899, elle est reprise de rétention et, depuis, est obligée de se sonder. A son entrée à l'hôpital, on constate un ventre saillant et une tumeur arrondie, proéminente au-dessus du pubis et plongeant dans le bassin, ignorée de la malade. Au toucher, cette tumeur, très consistante, grosse comme une tête fœtale, est située dans le cul-de-sac antérieur, refoulant en arrière l'utérus auquel elle semble adhérer.

Diagnostic: Fibrome utérin.

Au moment de faire la laparotomie, la malade étant renversée, la tumeur remonte vers l'abdomen; et on voit qu'elle est nettement distincte de l'utérus. On trouve un kyste pédiculé, attenant au ligament large gauche. Guérison normale, sauf une certaine lenteur à recouvrer la miction normale. Il s'agissait d'un kyste hydatique.

OBSERVATION XXI

Tillaux (in Thèse de Moneger)

Kystes hydatiques secondaires du ligament large droit

Femme de 53 ans avant vu son ventre augmenter de volume depuis quatre ans.

Tillaux fait le diagnostic de kyste hydatique de la cavité abdominale. Il constate, en effet, un frémissement hydatique très net, mais dans une étendue assez restreinte, au niveau de l'ombilic.

Après avoir envisagé, comme siège possible du kyste, le ligament large ou le grand épiploon, Tillaux pose *le diagnostic* de kystes hydatiques du grand épiploon. Le toucher vaginal n'avait donné aucun renseignement.

Intervention le 30 *juin.* Tumeur adhérente, fusionnée avec le péritoine. En clivant les adhérences, on rompt la poche.

Tillaux trouve une grappe de kystes hydatiques occupant tout le grand épiploon et plongeant dans le petit bassin, avec des adhérences à la vessie.

En cherchant à détacher cette dernière d'une poche qui lui était accolée, Tillaux la déchire. D'autres kystes occupaient le ligament large droit et la corne utérine du même côté.

Rien au niveau de la face inférieure du foie.

Enucléation pénible. Suture de la vessie.

OBSERVATION XXII

Debove-Soupault (in Thèse de Deve)

Kystes hydatiques secondaires suppurés du ligament large

Observation en deux parties :

Première partie. Jeune fille de 17 ans, entrée une première fois à l'hôpital le 22 juin 1892. Le 8 juin, elle avait été prise brusquement, sans faire ni effort, ni chute, d'une douleur très vive amenant presque une syncope, dans la région de l'hypocondre droit et qui s'étendit ensuite à tout l'abdomen et s'accompagna, bientôt, de dysurie et de ténesme. Ces douleurs persistèrent plusieurs jours, puis s'atténuèrent et vers le cinquième jour, le ventre commença à se ballonner lentement et progressivement.

Ponction de l'abdomen: liquide couleur de bile.

Intervention le 1er *août.* Laparotomie.

L'opérateur, trouvant deux points blancs sur le péritoine, pense à une péritonite tuberculeuse. L'épanchement s'étant de nouveau reproduit, nouvelle ponction. On trouve dans le liquide des crochets et des débris de membranes.

Deuxième partie. La malade était sortie guérie en apparence en février 1893. Un an plus tard, elle rentrait à l'hôpital avec des masses irrégulières dans l'abdomen. Elle présentait en outre, de la fièvre.

Diagnostic: kyste suppuré. Intervention: mort le soir même.

Autopsie. Péritoine sain; poche ponctionnée vide, située au au-dessus de l'utérus et empiétant sur la fosse iliaque gauche.

Autre kyste purulent au-dessus de la vessie.

Dans l'épaisseur du ligament large, une quinzaine de kystes du volume d'une noisette, contenant de nombreuses vésicules-filles et un liquide incolore. Présence d'un kyste suppuré sur la face inférieure du foie.

OBSERVATION XXIII

FRANTA (in Thèse de DELACOURT)

Kyste hydatique suppuré du ligament large gauche compliqué de grossesse

Femme F..., a eu sept accouchements, tous très graves et très longs. L'obstacle consistait en une tumeur qui, ayant subi un accroissement à la suite d'une fausse-couche de trois mois, détermina la femme à se faire opérer en 1890 par PAWLIK. Celui-ci trouva un kyste hydatique suppuré du ligament large gauche, composé de deux poches avec adhérences étendues.

On abandonne les petites tumeurs qui siègent dans le cul-de-sac latéral gauche.

Guérison opératoire.

De nouveau enceinte, elle entre à la maternité de Prague, le 10 juillet 1892.

Utérus incliné à gauche. Sommet en O. I. D. T., mobile au-dessus du détroit supérieur. Battements fœtaux réguliers. Col effacé. Le long du détroit supérieur, des deux côtés du promontoire, on sent, surtout à gauche, une série de tumeurs sphériques obstruant le détroit supérieur. Mort du fœtus, embryotomie.

Suites de couches normales excepté une unique élévation de température le troisième jour.

En 1898, la malade fut opérée deux fois pour des récidives.

Mort.

OBSERVATION XXIV

PICQUÉ (in Thèse de DEVE)

Kyste hydatique primitif du ligament large coexistant avec un kyste de même nature du cul-de-sac de Douglas

Femme de 36 ans, entrée à l'hôpital Bichat, le 5 mars 1901, pour douleurs abdominales. A l'examen, on trouve une tumeur du petit bassin. *Diagnostic:* fibrome probable. Pas d'autres tumeurs abdominales apparentes. Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Bon état général. Il y a un an, la malade a présenté une crise typique de coliques hépatiques, d'une durée de 8 à 10 jours. Il y a cinq semaines, deuxième crise, semblable à la première mais plus longue.

En 1889, la malade avait été examinée par TERRILLON, à la

Salpétrière. Celui-ci hésita entre le diagnostic de fibrome et de salpingite et n'opéra pas la malade.

Intervention le 9 mars 1901. Laparotomie sous-ombilicale. On trouve deux kystes hydatiques du bassin, ayant chacun le volume d'un poing; l'un, inclus dans l'origine du ligament large, est accolé à la face postérieure de l'utérus; l'autre est situé dans le cul-de-sac de Douglas.

Résection partielle et capitonnage. Guérison opératoire.

OBSERVATION XXV

Rohde (in Thèse de Deve)

Infestation de toute l'économie, et en particulier des ligaments larges, par des kystes hydatiques et des scolex

Femme de 35 ans, bien portante jusqu'en 1870. A cette époque, elle ressentit, pour la première fois, un gonflement et une douleur aiguë dans l'épigastre. Cette douleur irradia plus tard dans l'hypocondre droit et dans la région iléocaecale. Peu de temps après, la malade remarqua plusieurs petites tumeurs dont le volume allait jusqu'à celui d'un œuf et qu'elle sentit sous la paroi abdominale. Apparition d'un œdème des membres inférieurs, et, plus tard, de douleurs intra-thoraciques et de dyspnée.

Le 31 octobre 1871, en présence d'une dyspnée intense, apparue à la suite du développement d'une ascite abondante, ponction qui permit d'évacuer, avec une petite quantité de liquide, un petit débris rubanné.

A son entrée à l'hôpital, le 27 janvier 1872, nouvelle ponction qui permit d'évacuer 13 litres de liquide. Présence de nombreuses tumeurs dans l'abdomen. Mort le 18 mars.

Autopsie. Nombreux kystes volumineux dans le foie. Présence de nombreux petits nodules bruns sur le péritoine: scolex entourés de chaux. Adhérences multiples dans la cavité abdominale.

On les incise et on découvre des membranes échinococciques contenues dans les espaces vides sous-péritonéaux, qui sont constitués par des vaisseaux lymphatiques élargis.

De plus petits amas échinococciques se trouvent dispersés dans l'enveloppe péritonéale de l'utérus, des ligaments larges, du Douglas.

Quelques-uns semblent disposés d'une façon qui rend probable le siège des vésicules échinococciques dans les lymphatiques.

En outre, un kyste du cœur (ventricule gauche) et trois kystes du poumon.

OBSERVATION XXVI

BAECKER (in Article de FRANTA)

Kyste hydatique secondaire du ligament large gauche

Kyste hydatique dégénéré de l'épiploon, accolé à l'intestin et kyste hydatique du ligament large gauche chez une femme de 54 ans.

Au cours de sa première grossesse, il y a 32 ans, elle s'aperçut d'une tumeur dans le bas-ventre; trois ans après, la tumeur se mit en communication avec l'intestin, et on trouva dans les selles, une substance gélatiniforme.

OBSERVATION XXVII

BONORDEN (in Article de FRANTA)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche compliquant l'accouchement

Troisième pare, âgée de 25 ans.

Accouchements antérieurs. Premier accouchement à l'âge de 21 ans: enfant mort. Fistule vésico-vaginale guérie après trois opérations. Après la troisième opération, on trouva une tumeur, du volume d'un poing et demi, à gauche de l'utérus.

Deuxième accouchement. A l'âge de 23 ans. Dystocie causée par cette tumeur. Accouchement spontané, après ponction de la tumeur.

Siège et volume du kyste. Dans le ligament large gauche, plus volumineux qu'un poing. Présentation et position: sommet.

Accouchement actuel. Spontané. Travail commencé le 30 janvier 1897. Le 31, ponction et aspiration de la tumeur. Il s'écoule peu de liquide. Le travail cesse. Le 9 février, la poche des eaux se rompt; travail lent. Le 11 février, ponction du kyste: évacuation de 50 grammes de liquide. Nouvelle ponction deux heures après: on retire 100 grammes de liquide. Aussitôt après, l'accouchement se termine facilement.

Suites de couches. Fièvre à 39°, 40°7 et frissons pendant plusieurs jours. Le cinquième jour, expulsion de vésicules hydatiques par l'utérus. Pyohémie et paramétrite suppurée gauche.

Résultats. Mère: rétablissement très lent. Enfant: mort et macéré.

OBSERVATION XXVIII

DUNBAR HOOPER (in Article de FRANTA)

Kyste hydatique suppuré du ligament large gauche

La malade s'aperçut de la tumeur quatre jours après son accouchement, il y a 16 mois.

OBSERVATION XXIX

MICHIN (in Article de FRANTA)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit compliquant une grossesse. Intervention. Evolution normale de la grossesse.

Malade âgée de 27 ans, dont tous les accouchements antérieurs ont été normaux.

Grossesse actuelle. Cinquième, au quatrième mois.

Intervention pour un kyste hydatique du volume d'une tête d'homme, siégeant dans le ligament large droit.

Cours de la grossesse après l'opération: normale; guérison de la mère en trois semaines.

Remarque. On diagnostique un kyste de l'ovaire.

A la fin de la dernière grossesse, il y a seize mois, cette femme éprouva de vives douleurs dans la région inguinale droite et, en même temps, elle y remarqua la présence d'une petite tumeur. L'accroissement du kyste fut donc bien rapide.

OBSERVATION XXX

SELHORST (in Article de FRANTA)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit, compliquant une grossesse. Intervention. Evolution normale de la grossesse.

Femme de 24 ans. Un avortement.

Grossesse actuelle: deuxième, au deuxième mois.

Intervention. On trouve un kyste hydatique du volume du poing dans le ligament large droit. Extirpation du kyste. Résection de l'épiploon.

Cours normal de la grossesse après l'opération.

Résultats. Mère: guérison. — Enfant: accouchement normal à terme.

Remarque. — Le diagnostic clinique avait été : kyste de l'ovaire ou de parovaire.

OBSERVATION XXXI

PINARD (in Thèse de GAU)

Kyste hydatique secondaire du ligament large droit compliquant l'accouchement.

Jeune femme de 25 ans, primipare, en travail depuis deux jours. Grossesse normale. Réglée à 13 ans : règles très régulières, mais très douloureuses. Après ses dernières règles, elle a constaté la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule dans l'hypocondre droit. Quelques jours après, apparition de troubles de la miction : rétention et dysurie. Elle est, alors, obligée de faire de nombreux efforts et souvent de marcher

pendant un certain temps avant d'arriver à expulser une petite quantité d'urine. Métrorragies.

Premières douleurs, le 20 mars. On constate la présence d'une tumeur dans l'excavation qu'elle remplit entièrement.

Battements fœtaux nettement perçus.

On sent plusieurs tumeurs : une dans la fosse iliaque gauche, une autre dans l'hypocondre droit, et une troisième au-dessous de cette dernière. Le toucher rectal est muet.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire possible.

Ponction de la tumeur. Issue de 1 lit. 500 de liquide clair, contenant des crochets d'échinocoques. Affaissement de la tumeur. Accouchement normal en O.I.G.A. Enfant vivant et bien constitué. Délivrance et suites de couches normales.

Mort de la femme.

Autopsie. — Enorme kyste hydatique de la face antérieure du foie.

Un kyste dans la fosse iliaque droite. Un autre kyste dans le ligament large droit, envoyant un prolongement dans le ligament large gauche. C'est ce dernier kyste qui empêchait la tête de descendre dans l'excavation et qui fut ponctionné.

L'ovaire, de ce côté, est confondu avec les parois de la poche.

OBSERVATION XXXII

Reboul (in Thèse de Gau)

Kystes hydatiques du ligament large droit et du bassin et grossesse. Accouchement à terme normal. Opération. Guérison.

Jeune femme de 18 ans. A l'âge de 10 ans, elle avait éprouvé de violentes douleurs coïncidant avec l'apparition d'une tumeur dans l'abdomen. Un mois après, tout rentrait dans l'ordre. A seize ans, nouvelle crise douloureuse. A 17 ans, grossesse sans incident ni complication ; accouchement normal. Le ventre reste volumineux. Du 15e au 20e jour, frissons, fièvre et douleurs violentes dans l'abdomen.

Reboul voit la malade le 30 mai 1903. Il trouve une grosse tumeur kystique multiloculaire, occupant toute la partie droite de l'abdomen, remontant jusque près du rebord costal, dépassant à gauche l'ombilic et emplissant, à droite, le bassin. Etat général mauvais.

Diagnostic : Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Possibilité d'un kyste dermoïde ou d'un kyste hydatique.

Intervention. Laparotomie. On tombe sur un énorme kyste hydatique situé dans le ligament large droit. Ponction : issue de trois litres de liquide eau de roche. Extraction de cinq kystes hydatiques du bassin. Granulations miliaires multiples sur le péritoine pelvien, de nature hydatique. Marsupialisation du grand kyste intraligamentaire qu'on ne peut enlever à cause des

adhérences avec la vessie, l'intestin et l'utérus. Guérison opératoire parfaite.

OBSERVATION XXXIII

SAVARIAUD (in Thèse de BASSO)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit.

Kyste hydatique secondaire du grand épiploon.

Femme de 30 ans, qui se présente avec une tumeur latérale droite de l'abdomen, assez volumineuse; elle bombe dans le cul-de-sac antérieur latéral droit.

Laparotomie. On croyait avoir affaire à un fibrome ; on constate, au contraire, dans le ligament large, une tumeur accolée à l'utérus, ayant toutes les apparences d'un kyste hydatique. On évacue un verre de liquide absolument incolore. La poche se crève. Issue d'une quantité considérable d'hydatides. Résection de la partie flottante de la poche kystique et capitonnage de la portion qui reste. Suites opératoires simples.

La malade revient consulter quelques mois après. L'examen permet de constater une nouvelle tumeur abdominale presque aussi volumineuse que la première, mais de siège plus élevé.

Laparotomie. Kyste du grand épiploon.

OBSERVATION XXXIV

TILLAUX-VEAU-WALTHER (in Article de VEAU)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit

Femme de 24 ans, réglée à 13 ans et demi. Dans l'intervalle des règles, pertes blanches très abondantes. Depuis son enfance, elle joue avec un chien. A 16 ans, chute suivie d'un urticaire qui dura deux mois.

A 18 ans, fausse-couche à la suite d'un coup de pied. A 20 ans, chute à plat ventre sur le sol; 15 heures après se développe un urticaire généralisé très intense. Vomissements, guérison lente.

Depuis ce temps, elle souffre du ventre, « à se rouler à terre », dit la malade.

A la palpation, douleur du côté droit. Le col est petit, conique. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une tumeur grosse comme une mandarine, nettement séparée de l'utérus par un sillon. Elle est régulière, arrondie, fluctuante et mobile.

Intervention. Laparotomie. On trouve dans le ligament large droit, une masse arrondie, refoulant un peu l'utérus et coiffée par la trompe flexueuse. L'ovaire est prolabé dans le cul-de-sac postérieur. Ponction : issue de 300 gr. de liquide eau de roche. Enucléation de la poche ; guérison.

OBSERVATION XXXV

PINZANI (in Article de RESINELLI)

Kystes hydatiques du ligament large gauche.

Epileptique, sixième pare. Trois jours après son dernier accouchement, fièvre et toux rebelle.

On découvre, dans la fosse iliaque droite, une tumeur de forme ovoïde, grosse comme une tête de fœtus à terme, fixe, lisse, élastique et fluctuante. Par le toucher vaginal, on s'aperçut que la tumeur affectait des rapports étroits avec l'angle droit et la face postérieure de l'utérus.

Examen de l'abdomen : on découvre une tumeur élastique occupant la région épigastrique et l'hypocondre gauche.

Intervention le 19 juin. Laparotomie.

Extirpation de cette tumeur située dans la fosse iliaque droite. Dans la fosse paravésicale gauche, on trouve un amas de kystes hydatiques gros comme une mandarine et réunis au ligament large gauche par un pédicule. Extirpation de cette masse.

Autre kyste dans l'abdomen. Mikulicz. Guérison sans complication.

OBSERVATION XXXVI

RESINELLI (in Article de RESINELLI)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit.

Thérèse Fontana, 31 ans, mariée, rentre à la clinique de Florence pour des douleurs diffuses abdominales de la fosse iliaque droite et pour des irrégularités menstruelles.

Début des troubles, il y a trois ans. On découvre, à ce moment, à droite de l'utérus, une tumeur molle et fluctuante.

Diagnostic : Salpingite droite.

Actuellement, utérus petit en latéroposition. Tumeur lisse, élastique et tendue, déviant l'utérus à gauche.

Ponction au niveau du cul-de-sac postérieur.

Issue de liquide eau de roche. L'auteur ne pensa pas un seul instant au kyste hydatique, mais crut avoir affaire à un kyste tubo-ovarien ou à une salpingite kystique.

Intervention le 14 avril. Pfannenstiel. On découvre, dans l'épaisseur du ligament large droit, un kyste hydatique du volume d'une grosse orange. Pendant les manœuvres de libération du kyste, celui-ci se rompt. Issue de nombreuses vésicules-filles à contenu clair. Enucléation complète. Guérison.

OBSERVATION XXXVII

MIRTO (in « Annali di Ost. e Gin. »)

Fistule vésico-vaginale associée à un kyste hydatique du ligament large droit.

MIRTO publie un cas intéressant de kyste hydatique du ligament large, chez une femme atteinte de fistule vésico-vaginale post-partum.

Au cours d'un premier examen, on découvrit, au-dessus de la branche horizontale du pubis et à droite de la ligne médiane, une petite tumeur lisse, régulière, indolore, indépendante de l'utérus.

Le diagnostic avait été : fistule vésico-vaginale, compliquée de kyste, probablement dermoïde, à développement intra-ligamentaire.

On résolut d'opérer d'abord la fistule.

L'énucléation fut impossible. Marsupialisation.

OBSERVATION XXXVIII

MINERVINI (in Article de MINERVINI)

Volumineux kyste hydatique primitif du ligament large gauche.

Angélina Z..., 36 ans. Pas de passé pathologique.

Réglée à 13 ans. Règles toujours douloureuses, accompagnées de vertiges et de vomissements. Constipation chronique. Depuis 1907, souffre de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque gauche. Température à 39°.

Deux ans après, abdomen volumineux, comme celui d'une femme enceinte près du terme. Etat général mauvais. Pas de frémissement hydatique.

Diagnostic: Péritonite tuberculeuse ou kyste de l'ovaire.

Intervention le 22 mars. Laparotomie médiane. Enorme kyste du petit bassin qu'on ponctionne : issue de 10 litres de liquide eau de roche. On reconnaît, alors, que le kyste est enveloppé dans les feuillets du ligament large gauche. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXIX

NYULASY (in « The Lancet »)

Kyste hydatique suppuré du ligament large droit

Femme de 20 ans, sans enfant. Rentre à l'hôpital parce qu'elle souffre de l'abdomen. Poussées salpingiennes douloureuses. A l'examen, on trouve une tuméfaction arrondie, s'étendant jusqu'à l'ombilic et issue du pelvis. Au toucher vaginal, le cul-de-sac de Douglas est très douloureux.

Intervention. Tumeur fluctuante, située à droite du petit bassin ; ponction à la seringue : issue de liquide d'abord clair puis purulent. On s'aperçoit qu'il s'agit d'un kyste situé très nettement dans le ligament large droit. Enucléation.

La paroi postérieure du ligament large était très adhérente au rectum. Pyosalpinx au niveau des annexes gauches.

Fistule stercorale dans le vagin. On donne du bismuth à la malade et les fistules se ferment rapidement.

OBSERVATION XL

OLIVER (in « The Lancet »)

Kyste hydatique alvéolaire du ligament large gauche compliqué par une grossesse.

Femme âgée de 37 ans, mariée depuis onze ans. Un seul enfant. Depuis quatorze ans, souffre de la fosse iliaque gauche. Les douleurs ont augmenté d'intensité depuis la naissance de l'enfant. En même temps, est apparue une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Depuis la cessation des dernières règles, augmentation rapide du volume de la masse. Le bas-abdomen est occupé par deux tumeurs ; celle de gauche est dure, celle de droite est de consistance liquidienne. Utérus gravide de trois mois.

Diagnostic. Kyste du ligament large avec utéro-gestation de trois mois.

Intervention. Laparotomie médiane. Plusieurs petits kystes dans le ligament large gauche qui durent être enlevés par morceaux. Avortement douze jours après l'opération. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XLI

ALGLAVE (in « Revue de Chirurgie »). Rapport de M. LAUNAY

Kyste hydatique de la base du ligament large gauche.

Femme de 25 ans, présentant, depuis trois ans, une tumeur abdominale donnant lieu à des douleurs.

On pense à un kyste périovarien, mais au cours de l'opération, on constate la présence d'hydatides. On ouvre largement la poche, on la vide et on l'extirpe en totalité.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XLII

CULLINGWORTH et CLUTTON (in Thèse de PAGE)

Un cas de kyste hydatique des deux ovaires, du ligament large droit, du foie, de l'épiploon, du mésentère et des autres organes.

Jeune fille de 24 ans. Il y a cinq ans, elle aurait subi, en sautant d'une chaise, un traumatisme violent, suivi immédiatement

de douleurs intenses et de vomissements. En 1895, nouvelle chute et apparition de douleurs violentes dans la partie gauche de l'abdomen.

Diagnostic : Rein flottant.

Un an plus tard, la malade vient consulter pour des troubles de la miction. Abdomen distendu par une tumeur kystique, fixée dans la région sus-pubienne et faisant saillie dans le cul-de-sac de Douglas.

On pense à un kyste de l'ovaire et du ligament large.

Intervention le 29 juillet 1896. Laparotomie médiane. On tombe sur un kyste qui laisse échapper du liquide clair, contenant des vésicules hydatiques. Kystes dans les deux ovaires et dans le ligament large droit. Le kyste du ligament large, très volumineux, avait déplacé l'utérus et la vessie et contracté des adhérences solides avec les parties profondes du pelvis. Issue, par le rectum, d'hydatides en suspension dans du pus fétide.

Sept fois encore on intervint pour des récidives.

OBSERVATION XLIII

Schwartz (in Thèse de Hamant)

Kyste hydatique secondaire du ligament large droit

Marie L..., âgée de 22 ans, rentre à Cochin le 1er décembre 1897, dans le service de Schwartz.

La sœur de la malade y a été opérée pour des kystes hydatiques multiples du péritoine. Actuellement, elle a encore un gros kyste de la face convexe du foie.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, règles irrégulières, fatigue après le moindre effort, appétit capricieux, vomissements sans cause apparente. Deux mois avant son entrée, crises abdominales douloureuses et vomissements glaireux. Quelques pertes blanches.

A l'examen, on trouve l'utérus relativement peu mobile et une tumeur dans le cul-de-sac droit.

Diagnostic: Salpingite droite.

Intervention le 6 décembre. On trouve : 1° l'épiploon criblé de kystes hydatiques. On l'extirpe;

2° Un kyste hydatique du ligament large droit, se prolongeant à droite sur le ligament, adhérent à l'os iliaque et à l'utérus. Extirpation ;

3° Un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas.

La malade sort le 26 janvier 1898, assez bien portante.

OBSERVATION XLIV

FRIES (in « La Gynécologie »)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit compliquant une grossesse. Evolution normale de la grossesse. Forceps. Survies de la mère et de l'enfant.

Primipare de 39 ans, entrée à la clinique de GREIFSWALD, au cours du cinquième mois de sa grossesse, pour douleurs et vomissements persistants. A la palpation, on trouve, à droite et en arrière de l'utérus, une tumeur de la dimension du poing, peu mobile, paraissant intraligamentaire et d'origine annexielle.

Intervention. Laparotomie. Utérus atteignant presque la hauteur de l'ombilic et présentant deux petits myomes. Le ligament large droit est presque complètement rempli par une tumeur, indépendante des annexes qui la recouvrent. Extirpation difficile, mais pas d'éclatement. Il s'agissait d'un kyste hydatique (la patiente raconta, ultérieurement, qu'elle était occupée, depuis son jeune âge, dans le commerce de peaux, de son père). Enucléation des deux myomes. Mise à nu de la caduque. Pas d'avortement. La grossesse se termina sans autre accident. Début normal du travail. Contractions énergiques. Sommet.

Dilatation lente. Application haute de forceps; extraction d'un enfant de 4 kilogs, en état d'asphyxie, mais qui put être ranimé. Suites à peu près normales.

OBSERVATION XLV

JONNESCO (in Thèse de HAMANT)

Kystes hydatiques secondaires des ligaments larges

Femme de 30 ans, opérée en 1901 d'un kyste du foie. Au moment de l'incision péritonéale, le kyste avait été ouvert et la cavité péritonéale avait été inondée.

Guérison.

Trois ans plus tard, la malade se présente avec des tumeurs multiples de l'abdomen et du bassin.

Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve, dans l'épaisseur de chacun des ligaments larges, une tumeur de la grosseur d'une orange, intimement adhérente à l'utérus. Castration abdominale totale. Guérison.

OBESERVATION XLVI

MADDEN (in Thèse de HAMANT)

Kyste hydatique secondaire du ligament large

Jeune femme égyptienne, entrée pour prolapsus de l'utérus en 1899. On découvre un kyste hydatique du ligament large.

Ponction, puis ablation du kyste. La malade sort, guérie, trois semaines après.

Dans les années qui suivirent, elle présenta de nombreuses récidives. Mort.

OBSERVATION XLVII

MONOD (in Thèse de HAMANT)

Kystes hydatiques secondaires du ligament large

M. MONOD présente, à la Société de Chirurgie, des kystes hydatiques multiples, enlevés par laparotomie, du ventre d'une femme de 42 ans, déjà opérée par lui il y a 4 mois, d'un kyste hydatique suppuré du foie.

Ces tumeurs siégeaient dans le grand épiploon, dans le petit bassin, où elles étaient unies au ligament large, à l'ovaire, à l'utérus et à l'intestin. Une de ces poches a crevé dans les efforts de décortication. Une deuxième, profondément enfouie dans le cul-de-sac de Douglas, a été laissée en place. Elle sera attaquée, plus tard, par le vagin, dans lequel elle fait une saillie, aisément appréciable au toucher.

OBSERVATION XLVIII

PARLAVECCHIO (in Thèse de HAMANT)

Volumineux kyste hydatique secondaire du ligament large droit

Madame T..., 50 ans, ressentit, il y a 9 ans, de très vives douleurs abdominales. On pensa à une péritonite.

Cinq ans après, vomissements et régurgitations acides.

Subitement, crise douloureuse suraiguë au niveau de la base droite du thorax. Collapsus. Plusieurs crises d'étouffements ; à la suite de l'une de ces crises rejet de membrane d'échinocoques.

Première intervention. Kyste du foie; énucléation partielle; marsupialisation.

Deuxième intervention. Drainage d'un diverticule de la portion antérieure du kyste.

Troisième intervention. En janvier 1906. Laparotomie médiane, sus- et sous-ombilicale. Deux kystes appendus à la face inférieure du foie, un dans le mésocôlon ascendant, un dans le mésocôlon transverse, un dans l'ovaire droit, un dans le ligament large droit, du volume d'une tête d'enfant, et un dans le Douglas. Extirpation d'une partie des kystes, marsupialisation et drainage du reste.

Mort des suites d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION XLIX

Ribera y Sans (in Thèse de Hamant)

Kystes hydatiques des ligaments larges

Femme de 35 ans, présentant, depuis 8 mois, une tumeur de la région hypogastrique. Douleurs, gêne pour uriner. Les culs-de-sac vaginaux sont effacés.

Intervention le 19 *mai* 1899. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Extirpation de plusieurs kystes hydatiques, inclus dans les ligaments larges. Quelques-uns se rompent. Marsupialisation d'une de ces poches; guérison.

OBSERVATION L

Weber (in Thèse de Hamant)

Kyste hydatique secondaire du ligament large droit

Femme de 43 ans. Souffre depuis quelques mois du ventre, qui a augmenté peu à peu de volume. Diarrhée, vomissements. *Diagnostic:* Péritonite.

Intervention. Laparotomie. Issue de liquide séro-purulent. Deux ans après, on sent une tumeur bosselée, mobile, sans relation avec l'utérus, dans la partie droite de l'abdomen. Dans le cul-de-sac de Douglas, et à droite de l'utérus, on sent de petites tumeurs bosselées.

Diagnostic: Péritonite tuberculeuse.

Intervention. Kystes hydatiques multiples dans l'abdomen; ablation de l'épiploon et des annexes droites contenant des kystes. Ablation d'une tumeur semblable du ligament large droit. Nombreux petits kystes sur le fond de l'utérus et dans le cul-de-sac de Douglas. Suites normales.

Quelques mois après, les tumeurs de l'utérus et du Douglas augmentant de volume, hystérectomie et ablation d'autres kystes. Guérison.

OBSERVATION LI

Rothwell Adam (in « Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. »)

Kyste hydatique secondaire des ligaments larges

Jeune femme célibataire de 24 ans, qui se plaint de gêne et de douleurs dans l'hypogastre. Règles régulières mais douloureuses. A l'examen, on trouva une masse noduleuse distendant la paroi abdominale. *Diagnostic:* Myome plurinodulaire.

Intervention. Laparotomie. On trouve une masse tendue de kystes hydatiques se détachant du péritoine pelvien. Ablation,

en masse, de la tumeur. Guérison. Trois nouvelles interventions ont été nécessaires. Au cours de la troisième, on enleva un kyste hydatique de la face postérieure des ligaments larges. Guérison.

OBSERVATION LII

Norman Mac Arthur (in « Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. »)

Kyste hydatique secondaire du ligament large gauche

Femme mariée de 30 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales. Elle avait, quelques mois auparavant, souffert de douleurs vésicales et avait fait une fausse-couche. A l'examen, on posa *le diagnostic* de tumeur ovarienne adhérant à la face postérieure de l'utérus.

Intervention. On trouva un kyste hydatique adhérent à l'appendice et un autre kyste biloculaire, dont une des loges s'attachait à la paroi postérieure du ligament large gauche. Il s'agissait d'un kyste hydatique, adhérent, à gauche, aux vaisseaux iliaques, à un tel point que l'on dut lier l'artère iliaque interne. La malade, revue 18 mois après l'opération, ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION LIII

Thomas Murphy (in « Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. »)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

Une femme de 75 ans présentait de l'incontinence d'urine, accompagnée de diarrhée. L'examen donna l'impression d'une grosse tumeur ovarienne pluriloculaire, avec un prolongement dans le ligament large qui fit soupçonner une tumeur ovarienne maligne.

L'abdomen ouvert, l'un des lobes de la tumeur ayant éclaté au-dessus du pubis, laissa échapper un grand nombre de petits kystes. La tumeur avait les dimensions d'une tête d'adulte et s'était développée dans le tissu cellulaire, envahissant le ligament large à gauche et s'étendant au-dessus et en avant de l'utérus.

OBSERVATIONS LIV, LV, LVI

Wilson (in « Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. »)

Trois cas d'envahissement du ligament large par des kystes hydatiques primitifs

Deux furent découverts dans le ligament large droit et un dans celui de gauche. Chacun de ces kystes avait le volume d'une noix de coco. L'une des malades succomba, trois ans après l'opération, à la suite d'une hémorragie rénale. Elle avait perdu des vésicules par l'urèthre.

OBSERVATION LVII

WATSON et WAY (in « Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. »)

Kystes hydatiques primitifs des ligaments larges gauche et droit

Femme multipare de 53 ans, se plaignant de vives douleurs pelviennes et de difficultés à la miction et à la défécation.

Intervention. Laparotomie médiane. Tumeur blanche, dure et grosse comme une orange, adhérente à l'utérus. Il s'agissait d'un kyste hydatique. D'autres kystes furent encore découverts dans les ligaments larges gauche et droit.

Les kystes hydatiques ayant été enlevés, les trois capsules furent nettoyées jusqu'au niveau du vagin et ne furent pas enlevées complètement dans la crainte que l'on était de toucher aux uretères. Guérison.

Revue six ans après, la malade ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION LVIII

BOGI (in « La Rassegna d'Ost. e Gin. »)

Kyste hydatique primitif du ligament large gauche

B. Cesira, 23 ans, mariée, paysanne. Réglée à 16 ans; règles normales. Mariée à 20 ans. Depuis deux mois, elle a la sensation d'un poids dans le bassin, et ces derniers temps elle présenta de la pollakiurie.

Il y a toujours eu un chien chez elle. Légère constipation. On sent, dans le quadrant inférieur gauche de l'abdomen, une tuméfaction, grosse comme la tête d'un fœtus à terme. Col de l'utérus dévié à droite. Douglas vide. A travers le cul-de-sac latéral gauche, on sent une tumeur arrondie, adossée au bord gauche de l'utérus dont elle paraît indépendante. *Diagnostic:* kyste du parovaire gauche.

Intervention le 21 février 1919. Laparotomie sous-ombilicale. Le pôle supérieur de la tumeur occupe, en grande partie, la moitié gauche du bassin et comprime l'utérus qui est repoussé à droite. Annexes droites plaquées contre l'utérus. Annexes gauches étirées sur la tumeur. Tumeur non extériorisable. Ponction du kyste au trocart: liquide limpide et cristallin. En recherchant le plan de clivage, on rompt le kyste. Le diagnostic de kyste hydatique du ligament large gauche est confirmé.

OBSERVATION LIX

MICHEL et HAMANT (in « Gyn. et Obst. »)

Kyste hydatique primitif du ligament large droit

Au cours d'une laparotomie, pour kyste inclus dans le ligament large droit, chez une femme de 43 ans, on fut amené à

pratiquer une ponction, par suite de difficultés éprouvées à la décortication. Le liquide, eau de roche, imposa le diagnostic et dirigea le traitement. Formolage puis, l'énucléation étant très difficile, hystérectomie qui permit l'extirpation complète.

L'examen de la cavité abdominale et des organes ne montra rien d'anormal. Il faut noter:

1° La facilité et la rapidité avec lesquelles se fit l'intervention après l'hystérectomie;

2° L'existence de ce kyste, apparemment solitaire. Rien, dans l'histoire de la malade, ne rappelle les incidents succédant à la rupture d'un kyste hydatique; peut-être s'agit-il d'une localisation primitive par voie sanguine ?

OBSERVATION LX

DEVE (in « Comptes rendus des séances de la Société de Biologie »)

Echinococcose primitive hétérotopique du bassin chez une enfant. Atteinte du ligament large droit.

Fillette de 9 ans, opérée le 13 février 1925, pour un kyste hydatique du bassin, développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Rien au foie, ni dans l'épiploon.

Deux mois auparavant, l'enfant avait fait, dans la rue, une chute suivie de vomissements, de douleurs abdominales et de phénomènes péritonéaux ayant pu faire songer à une crise d'appendicite. Mort le cinquième jour après l'intervention.

Autopsie. Déchirure de la poche pelvienne passée inaperçue au cours de l'opération et qui avait amené la péritonite aiguë. On se trouvait en présence d'un sac d'enkystement tapissant les divers organes de la moitié droite du Douglas: face postérieure de l'utérus et du ligament large, trompe, ovaire et face droite du rectum. Nulle part de kystes péritonéaux, ni viscéraux. *Mais,* existence d'une cicatrice blanchâtre, au niveau de la face antérieure du lobe droit du foie, et qui pénétrait nettement dans le parenchyme hépatique.

En divers points de son épaisseur, on reconnaît des formations cuticulaires échinococciques plissées, en involution.

Il s'agissait donc, chez cette petite malade, d'une vésicule-mère tombée dans la partie déclive de la cavité abdomino-pelvienne et s'y étant secondairement enkystée. Sans nul doute, c'était le traumatisme subi par l'enfant, deux mois auparavant, qui avait énucléé cette vésicule-mère hors de son enveloppe adventice éclatée (accidents péritonéaux initiaux).

OBSERVATION LXI

PAVLOS PETRIDIS (in « Lyon Chirurgical »)

Volumineux kyste hydatique implanté sur le ligament large droit, probablement à point de départ hépatique.

Mme Irène Talari, 38 ans, entre dans notre service le 24 mars 1921. Rien à noter dans les antécédents. Une fille de 18 ans. La malade raconte qu'il y a plusieurs années, en soulevant une malle, elle a ressenti une vive douleur dans la partie droite et supérieure de l'abdomen. Depuis un an, douleurs dans tout l'abdomen, surtout localisées au bas-ventre. Apparition d'une tumeur qui grandit à vue d'œil.

A l'inspection, la moitié droite de l'abdomen est proéminente. Présence d'une tumeur ovalaire et fluctuante. Grand axe: 30 centimètres; petit axe: 17 centimètres. La tumeur est mobile dans le sens latéral, mais non dans le sens vertical. L'examen gynécologique ne présente rien de particulier.

Diagnostic: Volumineux kyste de l'ovaire droit.

Intervention le 31 *mars* 1921. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Epiploon très adhérent, ainsi qu'une partie de l'intestin grêle. Enucléation du kyste, dont le pôle inférieur était implanté sur la face antérieure du ligament large droit, et dont le pôle supérieur avait contracté des adhérences très solides avec la face concave du lobe droit du foie.

Ligament large gauche: rien à noter. Drainage à la compresse.

Suites opératoires: Shock, puis suites normales.

OBSERVATION LXII

MATSCHAN-DEREWENKO (in Article de MATSCHAN)

Double kyste hydatique primitif des ligaments larges gauche et droit

Alexandra S..., 30 ans. Douleurs dans les lombes et dans la fosse iliaque droite. Cohabitation avec un chien. Mère opérée pour un volumineux kyste hydatique du foie.

Un médecin, consulté en 1918, parce que la malade présentait un syndrome infectieux, découvre, par hasard, une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Diagnostic: Kyste de l'ovaire.

Intervention en 1918. On vit qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du ligament large gauche.

Aménorrhée post-opératoire pendant 9 mois. Mariage à 26 ans. En mars 1924, apparition de douleurs lombaires légères, qui surviennent, ensuite, par crises.

Le professeur DEREWENKO trouve une tumeur, qu'il suppose être un kyste hydatique, dans la cavité abdominale.

La tumeur semble plongée dans le petit bassin, de telle façon

que la palpation ne permet de sentir que son pôle supérieur. Le cul-de-sac vaginal droit est occupé par la tumeur. Utérus en antéflexion.

Intervention le 20 *avril* 1924. Laparotomie médiane. Utérus et ovaire gauche déjetés à gauche. Entre les deux feuillets du ligament large droit, on découvre un kyste hydatique de la taille d'un poing d'homme. La trompe droite est allongée et fait corps avec le kyste. Incision des feuillets du ligament large. Il existe deux kystes, contenant, chacun, des vésicules hydatiques. En voulant détruire les adhérences unissant le kyste aux feuillets du ligament large, on le fait éclater. Il s'écoule un liquide incolore, eau de roche. Extraction d'une membrane laiteuse. Surjet sur les feuillets du ligament large. Guérison.

Revue en mars 1927, la malade ne présentait pas de récidive.

Elle est décédée, en mai de la même année, des suites d'une septicémie puerpérale.

OBSERVATION LXIII

TAILHEFER (in « Presse Médicale »)

Kyste hydatique du ligament large

Cette localisation de l'échinocoque est très rare, car les cas publiés sont peu nombreux.

L'auteur a pu conserver l'utérus et les annexes chez sa malade, qui était jeune, 28 ans, et, après formolisation de la poche, il a appliqué un Mikulicz qui a joué, dans ce cas, son rôle bienfaisant, puisque les suites opératoires ont été parfaites.

CONCLUSIONS

1° Les 80 cas de kystes hydatiques des ligaments larges que nous avons réunis dans cette thèse montrent qu'on ne doit pas considérer la localisation intraligamentaire des kystes hydatiques comme un fait rarissime ou une curiosité clinique.

2° L'hydatide vient coloniser, indifféremment, dans l'un ou l'autre des ligaments larges, ou même, quelquefois, dans les deux à la fois.

3° L'âge moyen de la femme où celle-ci a le plus de chance de contracter la maladie est compris entre 20 et 40 ans.

4° Affection essentiellement universelle, il n'est pas étonnant qu'on ait trouvé des kystes hydatiques des ligaments larges sous toutes les latitudes. Il est, cependant, des pays d'élection pour le développement de cette variété d'échinococcose: ce sont l'Islande, l'Australie, l'Argentine, le Mecklembourg, la Poméranie et la Dalmatie.

5° On ne doit pas nier l'existence de kystes hydatiques intraligamentaires primitifs.

Si la localisation des kystes hydatiques au niveau des ligaments larges ressortit, dans la règle, à l'échinococcose secondaire du péritoine, il est des cas où la nature primitive de l'affection ne doit pas être contestée.

6° Le nombre, la forme, le volume, la structure, le contenu et l'accroissement de cette variété de kystes n'ont rien de caractéristique.

Les transpositions de l'uretère, l'ascension de la vessie, les rapports avec l'intestin, les déplacements utérins et les connexions avec les pédicules vasculaires sont autant de points importants que l'opérateur doit bien connaître avant d'intervenir.

7° Les symptômes des kystes hydatiques des ligaments larges sont ceux de toutes les tumeurs liquides intraligamentaires.

8° Les complications les plus à redouter sont la rupture, la suppuration, la fistulisation dans un organe voisin et les dangers de la compression, surtout urétérale.

9° Les kystes hydatiques des ligaments larges gênent fort peu la fécondation.

Ils n'empêchent pas la grossesse d'évoluer jusqu'au terme. Leur influence sur les suites de couches n'est pas démontrée. Les opérations d'ordre gynécologique et obstétrical n'entravent pas toujours le cours de la grossesse qui peut évoluer jusqu'au terme et se terminer par un accouchement normal.

Pendant le travail, le kyste peut être comprimé par la présentation et risque de se rompre.

10° Le diagnostic, sinon de localisation, du moins de nature, n'a jamais encore été fait.

Cela ne veut pas dire que, dans un avenir prochain, la notion de fréquence aidant, le clinicien n'arrive, enfin, à poser un diagnostic exact de siège et de nature.

Le caractère négatif des réactions de laboratoire, et en particulier l'absence d'éosinophilie, ne doivent pas suffire à infirmer l'hypothèse d'un kyste hydatique du ligament large.

Un excellent signe en faveur d'une telle étiologie serait la perception de plusieurs tumeurs à siège intrapéritonéal et surtout hépatique.

11° Le pronostic de l'affection doit être réservé. Il s'améliore lorsqu'on est en présence d'un kyste hydatique primitif. Il s'aggrave lorsqu'il s'agit d'un kyste secondaire, car il faut craindre, alors, les récidives.

12° Le kyste ne tend jamais à disparaître spontanément. Il s'accroît de jour en jour et manifeste, tôt ou tard, sa présence par une complication.

13° Le traitement des kystes hydatiques des ligaments larges est exclusivement chirurgical.

La ponction pure et simple du kyste est à proscrire rigoureusement.

En cas de kyste non suppuré, on accèdera sur la tumeur par une laparotomie médiane sous-ombilicale, c'est-à-dire qu'on utilisera la voie transpéritonéale.

La réduction de la poche sans drainage et après formolage constitue, à l'heure actuelle, l'opération de choix. La décortication est à déconseiller; elle expose à de gros dangers; elle fait courir le risque, à l'opérateur, de sectionner un uretère ou de faire une entérectomie involontaire.

L'hystérectomie préliminaire ou complémentaire constitue un temps opératoire très utile pour l'ablation de kystes volumineux et adhérents.

En cas de kyste hydatique suppuré, le drainage de la poche, par voie extrapéritonéale, est à conseiller.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages consultés

A. — *Publications de langue française*

ALGLAVE, P. — « Volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche ». Rap. de P. Launay. In Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1913, n. s. XXXIX, 1018-1025.

BASSO, L. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale ». Thèse de Lyon, 1904.

BENOIT, C. — « Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme ». Thèse de Paris, 1897.

BEUTTNER, A. (de Genève). — « Mémoire sur la technique opératoire des kystes ovariques intraligamentaires ». In La Gynécologie de février 1925.

BOURSIER, A. et POUSSON. — « Des kystes hydatiques du ligament large ». In Bulletin Médical du 8 août 1900 ; Sect. de Gyn., Cong. de Méd., 2-9 août 1900; La Gynécologie de 1900, pages 445, 446, 447 ; Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1900, tome LIV, 2e semestre, p. 278-285.

CABANES, E. — « Kyste hydatique du ligament large gauche ». In Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris ; n° 4, avril 1931 ; Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, séance du 13 décembre 1930, pages 237-238.

CHAMORRO-BENARD, C. — « Indications de l'hystérectomie abdominale dans les kystes du ligament large ». Thèse de Paris, 1919.

COCQUELET, L. — « Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large ». Thèse de Paris, 1897.

DANLOS, J. — « Influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général ». Thèse de Paris, 1879.

DELACOURT, E. — « De la dystocie par kyste hydatique du bassin ». Thèse de Paris, 1901.

DE LAVIGNE SAINTE-SUZANNE. — « Etude des kystes hydatiques du petit bassin ». Thèse de Bordeaux, 1893.

DENIKER, M. — « Quelques points de l'étude clinique des tumeurs du ligament large (Formes cliniques, évolution, traitement) ». Thèse de Paris, 1910.

DERMIGNY, A. — « Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme ». Thèse de Paris, 1894.

DEVE, F. — « De l'échinococcose secondaire ». Thèse de Paris, 1901.

DEVE, F. — « Des greffes hydatiques post-opératoires (Pathogénie et Prophylaxie) ». In Revue de Chirurgie de 1902, pages 533-559.

DEVE, F. — « Les kystes hydatiques du bassin. Pathogénie, Anatomie pathologique, Traitement ». In Revue de Chirurgie de janvier 1924.

DEVE, F. — Extrait des comptes-rendus des séances de la Société de Biologie (Séance du 17 avril 1926, tome XCIV, page 983). « Echinococcose primitive hétérotopique du bassin chez une enfant ».

DOLERIS, J.-A. — « Kystes hydatiques du bassin chez la femme ». Mémoire in « La Gynécologie », d'avril 1896, p. 97.

DUCUING et GISCARD, J.-B. — « Kyste hydatique rétro-vésical primitif chez un homme ». In Bulletin de la Société de Chirurgie, in Toulouse Médical du 1er juin 1931, p. 395-403.

FERVAL, A. — « Des kystes hydatiques intra-péritonéaux primitifs ou secondaires ». Thèse de Paris, 1900.

FORGUE et CROUSSE. — « De l'inclusion intraligamentaire ». Troisième rapport présenté au IVe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Paris, 1, 2, 3, octobre 1925. In Gynécologie et Obstétrique de 1925, pages 197-266 et 304-317.

FRANTA, J. (de Prague). — « Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie ». In Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1902, mois de mars, avril, juin et décembre.

FRIES, H. — « Evolution de la grossesse et de l'accouchement dans un cas d'utérus myomateux avec kyste hydatique du bassin (Ligament large droit) ». In La Gynécologie de 1913, pages 112-113.

GAU, C. — « Des kystes hydatiques du ligament large ». Thèse de Montpellier, 1904.

GETTEN, G. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésicaux ». Thèse de Paris, 1898.

GOURLIAU. — « Tumeurs liquides du ligament large », Thèse de Toulouse, 1915.

HAMANT, A.-J. — « Contribution à l'étude de l'échinococcose secondaire abdomino-pelvienne et de son traitement ». Thèse de Nancy, 1913.

LAROCHE, M. — « Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges ». Thèse de Paris, 1896.

LASSALLE, C. — « Des Tumeurs incluses dans les ligaments larges », Thèse de Montpellier, 1891.

LEMAIRE, G. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme », Thèse de Paris, 1910.

LEMOINE, M. — « Des kystes hydatiques du ligament large », Thèse de Paris, 1897.

LEMONNIER, M.-P.-L. — « Des kystes hydatiques du ligament large », Thèse de Paris, 1896.

LERIVRAIN, E. — « Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes du ligament large ». Thèse de Paris, 1903.

LHUILLIER, H. — « De la rétention d'urine dans les kystes hydatiques du bassin ». Thèse de Paris, 1903.

MASSERON, P. — « Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale », Thèse de Paris, 1882.

MICHEL, G. et HAMANT, A.-J. — « Kyste hydatique du ligament large », In Gyn. et Obst., 1920, t. I, p. 397, Société d'Obst. et de Gyn. de Nancy (Revue Méd. de l'Est, Nancy, 1920, XLVIII, 334).

MONEGER, J. — « Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin », Thèse de Lyon, 1892.

PAGE, Y. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques pelviens chez la femme (Kystes hydatiques de l'utérus et des annexes) », Thèse de Paris, 1913.

PAVLOS PETRIDIS, M. — « Un cas de kyste hydatique pelvien (kyste hydatique du ligament large droit) ». In Lyon Chirurgical de Janvier-Février 1926, t. XXIII, n° 1, p. 78, 79, 80 et 81.

PELCOT, G.-E. — « Des métrorragies symptomatiques des kystes intraligamentaires », Thèse de Paris, 1924.

PENEL, R. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques des organes génitaux chez la femme », Thèse de Montpelier, 1927.

PINARD, A. — « Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement ». In Annales de Gynécologie et d'Obstétrique de 1888 (1er semestre), p. 241-255.

POZZI, S. — « Les tumeurs à échinocoques du ligament large », in Traité de Gynécologie, t. II, p. 1049-1050. Edition de 1907.

RAIMONDI, R. — « Les kystes des ligaments larges », Thèse de Paris, 1897.

REBOUL, J. — « Kystes hydatiques du ligament large et du bassin et grossesse. Accouchement à terme normal. Opération, guérison. In Revue de Chirurgie de 1903, n° 91, p. 615. Congrès français de Chirurgie. Ass. Franç. de Chir. Procès-verbal, Paris, 1903, XVI, 762.

SAUNIER, L.-F.-J. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin chez la femme », Thèse de Lyon, 1921.

SAVARIAUD, M. — « Kyste hydatique du ligament large ». In Revue de Chirurgie de 1903, p. 619, 16e Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris, 24 octobre 1903.

TAILHEFER, M. — « Kyste hydatique du ligament large ». In Presse Médicale du mercredi 26 octobre 1927, page 1302, XXXVIe Congrès français de Chirurgie, Paris, 3-8 octobre 1927.

TESTUT et JACOB. — « Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales ».

VEAU, V. — « Kyste hydatique du ligament large ». In Bulletin Médical du 19 septembre 1897.

VERGNORY, MOREL et VACHEY. — « Kyste hydatique du creux ischio-rectal ». In Presse Médicale du mercredi 16 juillet 1924, n° 57, page 602.

VILLARD. — « Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez les femmes ». In Annales de Gynécologie de 1878, page 101.

B. — *Publications de langue allemande*

MATSCHAN W.J. (Ekatérinoslaw). — « Zür Kasuistik der Echinokokkencysten am breiten Gebærtnutterbande ». « Casuistique des kystes hydatiques du ligament large ». In Archiv für Gynaekologie, tome CXXXI, fasc. 3, 2 janvier 1927, pages 588-599.

SCHATZ. — « Echinococcus in Ligamentum Latum ». Arch. f. Gynaek. Berlin, 1876, IX.

C. — *Publications de langue anglaise*

HOOPER J.W.P. — « Suppurated hydatid of broad ligament, with rotation of pedicle ». « Kyste hydatique suppuré du ligament large, avec torsion du pédicule ». In Australian médical Journal, Melbourne, 1895, volume XVII, page 359.

NYULASY A.J. — « Suppurating hydatid cyst of the broad ligament ». « Kyste hydatique suppuré du ligament large ». In The Brit. Medical Journal, London, 15 juillet 1911, n° 2637, II, 112.

OLIVER J. — « Multilocular or alveolar hydatid in the left broad ligament complication by pregnancy ». « Kyste hydatique multiloculaire ou alvéolaire du ligament large gauche compliqué par une grossesse ». In The Lancet, London, Tome CLXXXII, n° 4628, 11 mai 1912, p. 1273.

WILSON G. — « Three cases of invasion of the broad ligament by solitary hydatid cysts ». « Trois cas d'envahissement du ligament large par des kystes hydatiques uniques ». In Journal of Obst. Gyneco. of the British Empire, 1914. Analyse in Arch. Mens. d'Obst. de 1917, page 87.

D. — *Publications de langue italienne*

BOGI D. — « Sopra un caso di cisti d'echinococco del legamento largo sinistro ». « Sur un cas de kyste hydatique du ligament large gauche ». In La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia, Napoli. Janvier 1920, n° 1, pages 1-18.

MINERVINI R. — « Cisti da echinococco del legamento largo dell' utero ». « Kyste hydatique du ligament large de l'utérus ». In Giornale internazionale delle scienze mediche. Napoli, 1911, anno XXXIII, pages 15-22.

MIRTO F. — « Fistule vésico-vaginale, associée à un kyste hydatique du ligament large droit ». In Annali di Ost. e Gin., anno 29, Milano, 1907, vol. II, pages 756-758. Cité par La Gynécologie de 1908, page 264.

PINZANI et RESINELLI G. — « Cisti da echinococco del legamento largo ». « Kystes hydatiques du ligament large ». In La Ginecologia, Firenze, 1906, III, pages 341-345.

II. — Ouvrages non consultés

A. — *Publications de langue française*

AUBEAU. — « Kyste hydatique du ligament large droit ». Clin. Gen. de Chirurgie, décembre 1901.

BEGOUIN (de Bordeaux). — « Un cas de kyste hydatique du ligament large ». In Rapport de Forgue et Crousse sur l'inclusion intraligamentaire.

BLANC et CORNILLON. — Kyste hydatique du ligament large; excision d'une partie de la poche et marsupialisation; guérison ». In Loire Médicale, St-Etienne, 1901, xx, pages 160-164.

CASSON L. — « Trois observations de kystes hydatiques présumés de l'ovaire ou du ligament large, guéris par la ponction et l'injection iodée ». In Revue Méd. Franç. et Etrang., Paris, 1877, II.

FEYGUINE et D. ABADIE. « Un cas de kyste hydatique du ligament large »; cité par Bogi, dans son article.

OUY. — « Les kystes hydatiques du ligament large ». Congrès de Chirurgie d'Alger de 1909.

B. — *Publication de langue allemande*

NADEJDIN. — « Cinq cas d'échinococcose du ligament large ». Cité par Matschan, dans son article.

C. — *Publications de langue anglaise*

ALBU S. — « Abortion in second month of pregnancy caused by hydatid cyst of broad ligament ». « Avortement au deuxième mois d'une grossesse, causé par un kyste hydatique du ligament large ». In Chij. Med. 9, pages 616-617, 1er octobre 1928.

BRIDE G.W. — « Hydatid cysts (Tænia echinococcus), in broad ligament ». « Kystes hydatiques (Tœnia échinocoque), dans un ligament large ». In J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp. 37, pages 96-98, 1930.

CARSON N. B. — « Report of a case of hydatid cyst of the broad ligament ». « Relation d'un cas de kyste hydatique du ligament large ». Tr. Am. Ass. Obst. and Gyn. Philadelphia, 1890, III, page 175.

MALINS M. E. — « Un cas de kyste hydatique du ligament large ». Société obstétricale de Londres. Cité par Bogi,

D. — *Publication de langue autrichienne*

CHIARI. — « Echinococcus der ligamentum latum uteri und del ala vespertillionis der rechten seite. Auz. d.K.K. Gesellsch. d. Arrzte », in Wien, 1878.

E. — *Publication de langue espagnole*

CORACHON M. — « Un cas de kyste hydatique du ligament large ». Académie et Laboratoire des Sciences médicales de Catalogne, Barcelone, 26 juin 1912, VI, pages 655-658. Cité par le Journal de Chirurgie de 1913-99-(463).

F. — *Publication de langue italienne*

DIALTI G. — « Kyste hydatique primitif du ligament large ». Académie royale des sciences physiques de Sienne; 28 février 1909. Cité par le Journal de Chirurgie de 1909, tome 3-82-(291).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
ETIOLOGIE	23
ESSAI DE PATHOGENIE	32
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	41
SYMPTOMATOLOGIE	50
COMPLICATIONS	59
DIAGNOSTIC	67
PRONOSTIC	77
EVOLUTION	79
TRAITEMENT	83
OBSERVATIONS	95
CONCLUSIONS	128
BIBLIOGRAPHIE	131

Vu :

Le Président de Thèse,

E. Cabanes.

Vu :

Le Doyen,

E. Leblanc.

Vu et permis d'imprimer:

Alger, le 14 novembre 1931.

Le Recteur,

Tailliart.